

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

O SERVIÇO SOCIAL E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA JUNTO AO TRATAMENTO
DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

JAQUELINE VANDRESEN RODRIGUES

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL

DEFENDIDO E APROVADO

EM: 10/02/04


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS

2004

JAQUELINE VANDRESEN RODRIGUES

O SERVIÇO SOCIAL E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA JUNTO AO TRATAMENTO
DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^{fa}. Luciana Francisco de A. Ronconi

FLORIANÓPOLIS
2004

JAQUELINE VANDRESEN RODRIGUES

**SERVIÇO SOCIAL E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA JUNTO AO TRATAMENTO
DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, julgado e aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Sócio Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina.

Banca Examinadora:

Professora Luciana Ronconi

Orientadora

Silvana Rufino

Membro

Membro

Waldirene Vieira Gomes

AGRADECIMENTOS

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Meu especial agradecimento a todas as pessoas que colaboraram como sujeitos da pesquisa. Ao Centro de Psiquiatria Instituto São José e seus colaboradores.

A meus pais, Valmir e Rita, e meu irmão Helton, por todo o apoio e dedicação de parte de suas vidas na realização dos meus sonhos.

A Ana Lúcia, minha companheira e amiga que, nos últimos anos, além da mesma morada, dividimos angústias e alegrias.

A Fabiana, que é quase uma irmã, obrigada pelo carinho e dedicação.

Em especial à amiga Kelly Bernardo que, com carinho e paciência, acompanhou-me nestes quatro anos de faculdade. Também a "patotinha", Cláudia, Márcia, Rejane, Elizângela e Cristiane.

Agradeço à professora e orientadora Luciana Ronconi, pelo acompanhamento e revisão do estudo, pelas críticas que proporcionaram um maior aprofundamento nas polêmicas da pesquisa.

Pouco conhecimento faz que as criaturas se sintam
orgulhosas.

Muito conhecimento, que se sintam humildes.

É assim que as espigas sem grãos erguem
Desenhosamente a cabeça para o céu, enquanto que
As cheias a baixam para a terra, sua mãe.

Leonardo da Vinci

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 ABORDAGEM HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL.....	16
2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	28
2.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	37
3 A COMPREENSÃO DOS PROCESSOS FAMILIARES.....	46
3.1 TRANSTORNO MENTAL E O CUIDADO NA FAMÍLIA.....	53
3.2 O PORTADOR TRANSTORNO MENTAL E SEUS RESPONSÁVEIS.....	56
3.2.1 A QUESTÃO ECONÔMICA E FAMILIAR.....	63
3.2.2 A FAMÍLIA E A CIDADANIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.....	65
3.2.3 SERVIÇO SOCIAL A INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA EM SAÚDE MENTAL.....	71
4 INSTITUIÇÃO.....	74
4.1 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	74
4.1.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DO SERVIÇO SOCIAL.....	75
4.1.1 INSTITUTO SÃO JOSÉ.....	75
4.2 O SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO SÃO JOSÉ.....	78
4.2.1 O SERVIÇO SOCIAL DA PSIQUIATRIA.....	79
4.3 DEMANDA ATENDIDA PELA INSTITUIÇÃO.....	81
4.4 INSTRUMENTAL TÉCNICO OPERATIVO.....	82
5 PESQUISA JUNTO AS FAMÍLIAS DOS PACIENTES DO CENTRO DE PSIQUIATRIA INSTITUTO SÃO JOSÉ.....	86
5.1 COLETA DE DADOS (TÉCNICAS UTILIZADAS).....	
5.2 UNIVERSO E AMOSTRA (CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO).....	89
6 CONCLUSÃO.....	100
7 BIBLIOGRAFIA.....	105
8 ANEXOS.....	108

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: EMENTAS DAS LEIS FEDERAIS SOBRE A ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL.....	43
TABELA 02: TABELA DE NÚMERO DE LEITOS DO C.P.I.S.J.....	75
TABELA 03: AMOSTRA POR GRAU DE ESCOLARIDADE.....	91
TABELA 04: AMOSTRA POR RENDA FAMILIAR MASCULINO.....	92
TABELA 05: AMOSTRA POR SITUAÇÃO DE TRABALHO MASCULINO.....	93
TABELA 06: AMOSTRA POR SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO MASCULINA.....	94
TABELA 07: AMOSTRA POR GRAU DE ESCOLARIDADE FEMININO.....	96
TABELA 08: AMOSTRA POR RENDA FAMILIAR FEMININO.....	97
TABELA 09: AMOSTRA POR SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO FEMININA.....	98
TABELA 10: AMOSTRA POR ESTADO CIVIL.....	99

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 01: AMOSTRA POR GRAU DE ESCOLARIDADE MASCULINO.....	91
ILUSTRAÇÃO 02: AMOSTRA POR RENDA FAMILIAR MASCULINO.....	92
ILUSTRAÇÃO 03: AMOSTRA POR SITUAÇÃO DE TRABALHO MASCULINO.....	93
ILUSTRAÇÃO 04: AMOSTRA POR SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO MASCULINA.....	94
ILUSTRAÇÃO 05: AMOSTRA POR GRAU DE ESCOLARIDADE FEMININO.....	96
ILUSTRAÇÃO 06: AMOSTRA POR RENDA FAMILIAR FEMININO.....	97
ILUSTRAÇÃO 07: AMOSTRA POR SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO FEMININA.....	98
ILUSTRAÇÃO 08: AMOSTRA POR ESTADO CIVIL.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS

PTM	- Portador de Transtorno Mental
C.P.I.S.J	- Centro de Psiquiatria Instituto São José
CAPs	- Caixas de Aposentadorias e Pensões
IAPs	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
SUS	- Sistema Único de Saúde
NOAS	- Conselho Nacional de Saúde

1 INTRODUÇÃO

Este estudo teve sua origem, primeiramente, na prática de estágio curricular obrigatório, realizado no Centro de Psiquiatria Instituto São José (doravante C.P.I.S.J.), e desenvolveu-se a partir de pesquisa de campo e aprofundamento teórico. Pretende destacar a importância da intervenção do Serviço Social junto ao portador de transtorno mental (doravante PTM) e seus familiares.

Atualmente, a sociedade e os homens que dela participam possuem necessidades sociais. As pessoas em seu cotidiano experimentam situações que expressam as desigualdades da sociedade contemporânea, tais como as relacionadas ao trabalho, à saúde, à família, à habitação, à comunidade, etc. O trabalho do assistente social engloba, desta forma, o universo de expressões de desigualdades sociais que acarretam nas questões sociais. Com relação à profissão Iamamoto (2001), ressalta:

Em síntese, o serviço social é considerado como uma especialização do trabalho e a atuação do assistente social uma manifestação de seu trabalho, inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social (IAMAMOTO, 2001, p. 27).

Assim constata-se que o profissional de Serviço Social trabalha com as múltiplas expressões da questão social, dentre elas destaca-se aqui, a importância de seu trabalho junto ao PTM.

Contudo, torna-se necessário para melhor entendimento, uma breve explanação sobre a saúde mental e a família do PTM.

Não existe uma definição de doença mental que seja universalmente aceita. Na prática, o que importa é saber se uma determinada pessoa apresenta ou não um padrão de comportamento reconhecido como indicativo de determinada doença e, a

partir daí, se há uma modalidade de tratamento validado pela comunidade científica internacional.

A Organização Mundial de Saúde adota critérios de diagnóstico preconizados para se reconhecer uma determinada doença mental. Sendo assim, é com base nestes que os médicos psiquiatras avaliam se uma pessoa tem esquizofrenia, transtorno bipolar (psicose maníaco-depressiva), depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, etc.

O PTM é possuidor de direito de tratamento em espaço adequado garantido por lei. O trabalho do assistente social se dá na garantia do seus direitos sociais em seu período de internação, tais como a reintegração familiar, o acesso aos benefícios sociais, etc.

Por isso, as famílias não devem ficar alheias, destacando-se a importância da participação desta no tratamento e cuidado do portador de transtorno mental, torna-se de fundamental importância a contextualização e definição da mesma neste processo.

Esclarecendo que família, neste trabalho, está sendo entendida com base em MIOTO (1998) como:

Um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros e se encontra dialéticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida (MIOTO, 1998, p. 21).

O conceito de família vem se aperfeiçoando e se aprimorando nas relações sociais em cada época, condicionado pela sociedade de determinada região, sofrendo influências econômicas e culturais. Atualmente, dentre os conceitos estudados, destacamos as chamadas "família nuclear", compostas por pai, mãe e

filhos, e a extensa ou ramificada, quando diferentes gerações são incluídas no meio familiar.

Algumas famílias incluem entre seus membros também as pessoas com quem mantêm estreitos laços afetivos, enquanto que outras, sofrendo influências culturais e sociais, definem como família apenas seu círculo de amigos íntimos com os quais não possuem nenhuma consangüinidade, principalmente quando se fala de família e saúde mental (OLIVEIRA e COLVERO, 2001).

O dia-a-dia do familiar de doente mental é repleto de situações complexas e de difícil solução. Em muitos momentos podem se sentir isolados, solitários, sem ter com quem compartilhar suas dificuldades.

Em muitos dos casos, a sociedade e o sistema de saúde, bem como os profissionais da área de saúde mental, não reconhecem a dificuldade, em geral, do convívio doente mental/família e vice-versa. Isto ocorre muitas vezes: para aqueles que vivem na miséria absoluta; por desestruturação ou inexistência de um grupo familiar; porque a sobrecarga da doença/doente não é suportável; por conta do portador de transtorno mental, no ambiente terapêutico, apresentar um tipo de comportamento passível de convivência, e, no seio familiar não conseguir resposta idêntica, e quando todos esses elementos combinados num único caso inviabilizam a sua manutenção no meio familiar/comunitário.

Na prática muitas teorias não se sustentam diante da difícil realidade cotidiana do relacionamento familiar com o portador de transtorno mental. A família ainda mantém a responsabilidade. Ela está voltada para o reconhecimento na sociedade das necessidades e dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais.

Entre as dificuldades percebidas destaca-se a dificuldade familiar em lidar com a noção de doença mental, ou seja, faltam esclarecimentos sobre a mesma e orientações sobre o relacionamento no domicílio. Outros aspectos observados dizem respeito à sobrecarga que os familiares vivenciam em relação às condições precárias de moradia, a falta de emprego e de atividades para o doente mental nas famílias mais carentes.

Nestes casos, o acometimento de doença mental no membro de um núcleo familiar tende a se transformar numa realidade permeada por sofrimento e dor. Tal evento desencadeia uma crise familiar que é dividida pelo portador, enquanto doente, apresentando sintomas característicos da doença; com os demais membros de seu núcleo, os quais convivem e cuidam do PTM. Essa crise pode tomar proporções e impacto maior no meio familiar, dependendo da gravidade da manifestação dos sintomas expressos no portador e do tempo de duração dos sintomas.

Os fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação causadas pelos sintomas da doença, acabam por produzir, no portador e nos familiares, vivências de frustração e desespero, o que acaba resultando em um progressivo isolamento da vida comunitária.

Através desta realidade vivida pelos portadores de transtorno mental no seio familiar, evidencia-se, entre outros sentimentos, a culpa dos pais em relação aos filhos e destes com relação aos pais, pelo adoecimento mental do ente familiar.

Com as internações, para o tratamento da doença, tem-se o isolamento do sujeito doente, o seu afastamento do núcleo de referência familiar, o empobrecimento das relações e a dificuldade de experimentar vivências. Tal mecanismo acaba por fortalecer um velho mito no campo da saúde mental, que é a

suposta acomodação dos familiares frente ao sofrimento mental (ou seja, a autodesobrigação frente ao tratamento), assim como a desobrigação autorizada pela instituição prestadora de assistência (uma vez que os impede de acessar os intramuros hospitalares); uma roda viciosa e viciada que tende à manutenção do *estatuto da culpa e do abandono*.

Entretanto, após o tratamento da doença, restam o doente, a família, a pós-*crise*, a vida cotidiana, a convivência em casa e com a vizinhança, o jeito bizarro de ser de viver, a dificuldade na obtenção ou na manutenção de trabalho, a impossibilidade de lazer, etc.

Levando em consideração os fatores apresentados, destaca-se o interesse da realização de um estudo mais aprofundado quanto estes elementos. Este trabalho tem como objetivo geral verificar a importância da família no tratamento do PTM. Em termos específicos: destacar as dificuldades familiares no tratamento deste; verificar a sua situação econômica; observar as expectativas do meio familiar na cura definitiva do paciente e constatar os pontos positivos do trabalho do assistente social *junto ao PTM e à família*.

A metodologia utilizada para realização deste trabalho consistiu em um levantamento bibliográfico sobre a questão da saúde mental, a família e o Serviço Social como trabalho desenvolvido nesta área.

Para obtenção dos dados de referência, realizou-se estágio obrigatório no C.P.I.S.J., onde foi realizada pesquisa quali-quantitativa, desenvolvida através de entrevistas semi-estruturadas com os familiares ou responsáveis pelos internos. As entrevistas foram realizadas entre os meses de fevereiro a julho de 2003. Estas entrevistas familiares são consideradas um instrumento de grande importância no tratamento dos PTM pois, através delas, o assistente social tem condições de criar o

estudo social de cada paciente, o qual é anexado ao seu prontuário para o conhecimento médico e auxílio no tratamento. A apresentação da pesquisa se dará na forma de gráficos percentuais.

Para o desenvolvimento deste trabalho a organização dos capítulos será a seguinte:

De acordo com a introdução na qual apresenta-se o tema abordado, o objetivo geral e os específicos, a justificativa da realização do trabalho e a metodologia utilizada, na segunda parte, para contribuição do proposto, apresenta-se uma abordagem histórica da saúde mental e as políticas de saúde no Brasil.

Na terceira, aborda-se as questões relacionadas à família e o PTM, entre elas a questão do transtorno mental e o cuidado na família; o portador de transtorno mental e seus responsáveis; a sobrecarga familiar; a questão econômica e familiar; e a família e a cidadania do PTM.

A quarta parte deste trabalho abrange a caracterização do Centro de Psiquiatria Instituto São José.

Enfim, na quinta, relatam-se os resultados da pesquisa realizada durante estágio obrigatório e traçam-se considerações finais do presente trabalho.

2 ABORDAGEM HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL

Historicamente, a loucura apresenta-se como um fenômeno social interpretado de diversas maneiras. Inicialmente, a doença mental era vista apenas como "loucura" e seus portadores eram julgados incapazes de pensar e de realizar suas ações. Grande preconceito social percebe-se desde a Antigüidade até os dias atuais sobre a questão da loucura.

As sociedades pré-industriais possuíam uma interpretação mágico-religiosa da loucura, atribuindo as crises de agitação psicomotoras, por exemplo, às forças sobrenaturais, como obras do demônio, maus espíritos. Importante destacar, nesse contexto, a tolerância existente com os sofredores de todos os tipos, os incapacitados, "*... os improdutivos e os que raciocinam com outra lógica*" (SERRANO, 1982, apud, OLIVEIRA IN COLVERO, 2001, p. 2).

Na Antigüidade, a loucura era considerada como uma manifestação divina. O ataque epiléptico, intitulado "doença sagrada", quando ocorria durante as reuniões públicas, festas ou comícios com um maior número de pessoas, significava maus presságios. Se uma pessoa sofresse um ataque epiléptico durante a explanação de um dos oradores, tal evento era interpretado como sendo uma intervenção divina, como um sinal de que não se deveria acreditar no que dizia o orador.

Coexistindo com essa visão, na Grécia antiga, Aristófanés acreditava que a doença mental pudesse ter características específicas e uma causa definida. Ele justificava o pensamento da época, que atribuía a doença mental a uma manifestação divina, sendo que os sintomas da doença causavam assombro aos demais. Por pensar na doença mental como orgânica, Aristófanés defendia uma intervenção a base de banhos, purgativos e de alimentação especial.

Ao longo da história, os loucos foram concebidos sob várias visões. Na Idade Média as cidades escorraçavam os loucos (os de origem estrangeira), deixando-os correrem pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos.

Havia barcos que levavam os insanos de uma cidade para outra e, como errantes, eles vagavam de cidade em cidade. Frequentemente as cidades da Europa viam essas naus de loucos atracar em seus portos. Alguns loucos eram protegidos pelas suas famílias, outros eram acorrentados, exorcizados, ou ainda queimados (por serem considerados bruxos).

No século XVIII começaram a aparecer espécies de asilos que também abrigavam, de forma sub-humana, os loucos. Nesses lugares eles continuavam vagando e falando incoerentemente. Os mais alterados eram imobilizados com lençóis úmidos. Um exemplo dessas "casas de detenção" está no Hotel Dieu de Paris e a Torre dos Loucos de Caen, na França.

Com o advento da industrialização, a ideologia religiosa perde sua força explicativa do mundo. Neste caso, os loucos e pobres, dentre outros indivíduos que viviam à margem da sociedade da época, passam a ser vistos como uma ameaça à nova ordem social capitalista, pois viviam fora da norma e da moral vigentes. A solução dada ao problema que representavam foi o encaminhamento destes segmentos da população para as prisões e, posteriormente, para os asilos montados nos antigos leprosários.

Constata-se claramente a imagem do louco através dos séculos: as pessoas que expressavam idéias diferentes ou com estigma de loucos eram afastadas, isoladas dos cidadãos normais sem receber um tratamento adequado. Observa-se

que a transformação no trabalho de assistência ao ser humano com transtornos mentais implica em processos marcados por isolamento e exclusão em manicômios, anulando o indivíduo enquanto portador de direitos.

A psiquiatria que, até então, não se constituía como uma especialidade médica, nasce nesse contexto e se organiza em torno da prática asilar sob a responsabilidade de médicos, a loucura passa, desta forma, a ser entendida como uma doença.

Vasconcelos (2000, p. 38), destaca ser possível identificar que a assistência psiquiátrica, no decorrer dos anos, vem sofrendo mudanças nos países ocidentais. Durante e após a Segunda Guerra, os Estados Unidos e a Inglaterra investiram na reabilitação de soldados e/ou civis com problemas associados a ela, surgindo comunidades terapêuticas que, na Inglaterra, logo revelaram suas limitações. "Diferenciando-se na Itália com Basaglia que comandou a corrente contra as internações permanentes, que toma a comunidade terapêutica como um modo de luta contra o manicômio" (PUEL, *et al*, 1997, p. 16, apud, DE JESUS, 2002, p. 7,8).

Analisando o contexto brasileiro frente a questão do doente mental no país, pode-se observar que, no Brasil, o doente mental passa a ser percebido na cena das cidades como problema social, num contexto de desordem e ameaça à paz social. A circulação dos doentes pelas ruas das cidades pedia providências das autoridades.

Os loucos pobres, desde que "mansos" e "passivos", eram abandonados à sua própria sorte e sem condições de sobrevivência, lhes era permitido vagar pelas ruas das cidades, aldeias e campos, vivendo da caridade das pessoas, recebendo roupas e comida em troca de pequenos trabalhos, sendo motivo de chacota das crianças. Caso apresentassem comportamento agressivo ou atitudes indecorosas, eram recolhidos às cadeias, podendo ou não receber maus tratos.

Mesmo nas Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade, já existentes desde os séculos XVI e XVII, e que abrigavam doentes pobres, velhos, órfãos e mendigos, não contavam com loucos em sua variada clientela (RESENDE, 2001, p. 31).

As famílias de posses, as mais abastadas, preferiam amarrar seus doentes em suas próprias casas, em porões ou construções anexas especialmente levantadas para abrigá-los, que eram motivos de vergonha para a família perante a sociedade. Outra alternativa era levá-los à Europa para realização de tratamentos.

Depois de socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda indisfarçavelmente notória, e como tais PTM não recebiam nenhum tipo de cuidado por parte do Estado, acabavam nas ruas, comparados à leva de vadios e desordeiros das grandes cidades, a qual acabava por ser arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade.

Neste período do século XVIII, as Santas Casas de Misericórdia passam a aceitar os doentes mentais entre seus hóspedes, mas a eles era dado tratamento diferenciado. Eram presos e amontoados em porões onde permaneciam sem assistência médica, entregue a guardas e carcereiros, que reprimiam seus delírios e agitações por meio de espancamentos ou amarrando-os em troncos, condenando-os à morte por maus tratos, desnutrição e doenças infecciosas.

Os loucos que não eram encaminhados às Santas Casas, eram levados ao convívio das cadeias públicas, com criminosos e condenados da justiça comum, recebendo maus tratos como todos os encarcerados.

No Brasil, foi na passagem do período colonial para o republicano que aconteceu a inscrição da loucura enquanto objeto da medicina, momento em que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento.

Como menciona Rosa (2003), a assistência psiquiátrica hospitalocêntrica é instituída no Brasil a partir de uma sociedade colonial, rural e escravocrata, a qual tinha como algo negativo, indigna, "*atividade dos negros*", baseada em uma economia agroexportadora fundada no comércio importador-exportador e numa oligarquia rural.

As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça a ordem e à paz social, em resposta aos inúmeros reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos (RESENDE, 2001, p. 38).

As primeiras instituições psiquiátricas surgiram num contexto de "ameaças" a ordem social no Brasil, já que as atitudes dos doentes mentais soltos nas ruas, iam contra a ordem imposta pela sociedade. Contando também com as denúncias de maus tratos que recebiam, perceberam de que já era hora de dar-lhes um novo tipo de tratamento, baseados em técnicas e teorias já existentes na Europa.

Assim, elas surgiram com a intenção de limpar as ruas da presença de portadores de transtorno mental, que viviam como *errantes* pelas ruas das cidades, período este marcado pela presença da Igreja. Com a realização de novas descobertas sobre as doenças mentais e inovações no campo da medicina, o tratamento médico era considerado "carro chefe" do tratamento psiquiátrico, com o desenvolvimento de atividades laborais para auxiliar no tratamento (terapia).

Antecede a própria emergência da psiquiatria no Brasil, a institucionalização dos hospícios. A princípio eram administrados pelas irmandades religiosas, principalmente pelas Santas Casas de Misericórdia, as quais foram as primeiras instituições de saúde do país. Estas casas mantiveram a hegemonia da saúde, desde 1543, quando criada em SP a primeira Santa Casa do país, com finalidade de atender aos militares.

Devido às pressões da sociedade da época, o Estado Imperial inaugurou, em 05/12/1852, no Rio de Janeiro, o primeiro hospital psiquiátrico – Hospício de Pedro II – baseado nas teorias e técnicas já desenvolvidas na Europa. Este é considerado, por vários autores, como sendo o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Tinha capacidade para abrigar 350 pacientes, sendo que no dia da sua inauguração já contava com 144, número este que cresceu rapidamente até atingir a capacidade total.

Este hospício fora instalado com a finalidade de proporcionar aos doentes a calma, a tranqüilidade e o espaço necessário par seu bem estar. Porém, a sua função afim era de remover, excluir, abrigar alimentar, vestir e tratar o portador de doença mental. Como contextualiza Rosa (2003), da época imperial ao fim da era populista, *“a questão social era abordada no período como caso de policia”* (ROSA, 2003, p. 86).

Nesta época as instituições voltadas para o tratamento da loucura serviam como extensão do poder policial. O objetivo era higienizar o espaço público utilizando práticas de encarceramento, maus tratos e até tortura, No Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, por exemplo, alguns alienados, quando tinham surtos, eram presos em caixões para se acalmarem. *“... os doentes eram vitimas das camisolas de força, os jejuns impostos, as cacetadas, os maus tratos e até o assassinato”* (RESENDE, 2001, p. 39).

O tratamento institucional no Brasil foi marcado por uma história de violência e de desrespeito par com os portadores de transtornos mentais; destituídos de sua cidadania, lhes era roubado o direito de se tornaram “gente”.

No início do século XIX no Brasil, o doente mental, que durante longo período pode desfrutar de apreciável grau de liberdade enquanto vagava pelas ruas e não

existia nenhum tipo de tratamento especializado para esta demanda, teve agora tal "liberdade" cerceada, seqüestrada, pelas internações em hospitais e Santas Casas, ou pelo recolhimento às cadeias públicas. Com tais medidas estaria-se reprimindo todos os indivíduos, ou, ainda, grupos de indivíduos que não conseguissem se adaptar a uma nova ordem social, os quais se constituiriam, agora, em ameaça a esta.

Em consideração às injustiças cometidas e aos maus tratos aos doentes mentais nos manicômios, se iniciam inúmeros questionamentos sobre as práticas institucionais, as condições de trabalho e o modelo assistencial psiquiátrico. No entanto, vários estados brasileiros vêm realizando a assistência psiquiátrica baseada na humanização do tratamento, na ressocialização do doente, no resgate da cidadania, na não cronificação da patologia e na internação pelo menor período de tempo possível.

Para compreender os determinantes históricos da dinâmica dos processos contemporâneos de desinstitucionalização psiquiátrica, recorro a Vasconcelos (2000), o qual, em seu livro *Saúde Mental e Serviço Social*, identifica, no panorama internacional, os seguintes processos como estimuladores da desinstitucionalização:

- o contexto histórico de guerra – solidariedade a fim de reabilitar soldados e/ou civis que tiveram problemas por causa da guerra;
- as conjunturas históricas de escassez de força de trabalho e revalorização do trabalho humano – estímulo aos grupos populacionais considerados improdutos;
- o processo de transição demográfica – aumento da população idosa, desestruturarão e transformação da estrutura familiar, entre outras;
- a ampliação de serviços sociais substitutivos ou de cuidado informal prestado pela família ou mulheres, e o crescimento de direção individual;

- a conjuntura política de democratização, de processos revolucionários, processos políticos sociais de afirmação de direitos civis e políticos, organização e avanço do movimento dos trabalhadores, usuários e familiares atuando no campo da saúde mental;
- o desenvolvimento de bem estar social e/ou afirmação de direitos – ampliação de programas e seguros sociais para grupos populares dependentes, inclusive doentes mentais e desenvolvimento de serviço social pessoal para idosos e dependente geral;
- as políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais públicas induzem para a desospitalização, pois para o Estado o Hospital psiquiátrico é de alto custo, gerando assim processos sem garantia de assistência na comunidade;
- as mudanças nas formulações epistemológicas filosóficas, teóricas e práticas em ciências humanas e no campo da psicologia, através de críticas aos paradigmas convencionais em psiquiatria e do poder de alguns profissionais;
- o desenvolvimento de terapias psicofarmacológicas (final dos anos 50), o que podemos citar como exemplo os tratamentos menos isolados;
- a estratégia de modernização e/ou humanização pelo setor médico para responde críticas à psiquiatria convencional.

Em 1978 se iniciam os avanços da reforma psiquiátrica, justamente com outros movimentos sociais. Destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, iniciador de um forte questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época.

Vasconcelos (2000), para melhor explicar o movimento da reforma psiquiátrica no país divide os acontecimentos em cinco momentos. Primeiramente, o movimento era totalmente externo ao aparelho do Estado, havia uma mobilização

aberta da opinião pública e da imprensa que tinha como objetivos denunciar e mobilizar a sociedade pela humanização dos hospitais psiquiátricos, tanto públicos como privados; denunciar a indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS; denunciar e lutar por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos; e reivindicar a expansão em serviços ambulatoriais em saúde mental. Também neste mesmo período houve a tentativa de mudar o sistema global de saúde no país, no processo que mais tarde foi chamado de reforma sanitária (1978-1980).

No segundo período, de acordo com Vasconcelos (2000), ocorreu uma expansão e formalização do Modelo Sanitarista (ações integradas de saúde e SUS), com montagem de equipes multiprofissionais ambulatoriais de Saúde Mental e controle e humanização do setor hospitalar. Ressalta-se que isso ocorreu somente nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo (1980-1987).

No terceiro (1987-1992), o autor salienta que houve um fechamento temporário do espaço político para os interesses democráticos populares e para as políticas de saúde mental com esse interesse. No entanto, também ocorreram algumas conquistas como a Constituição de 1988 e a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (1990). O movimento neste período teve uma nova estratégia, em direção ao Modelo de Desinstitucionalização Psiquiátrica, inspirada no modelo proposto por Basaglia e pelo Movimento de Psiquiatria da Itália, que colocava em xeque o hospital psiquiátrico convencional como dispositivo terapêutico, através da bandeira "por uma sociedade sem manicômios", lutando-se pela implementação de serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional. (VASCONCELOS, 2000, p. 26).

Nos últimos dez anos, o problema da instituição psiquiátrica tem sido discutido por diversos setores da sociedade brasileira. Por iniciativa dos trabalhadores em saúde mental, em 1987 nasce o Movimento Nacional da Luta Anti-Manicomial, que se posiciona no sentido de negar o manicômio como forma de tratamento e propõe novas alternativas terapêuticas ao indivíduo portador de transtornos psíquicos. A partir de então, tem participado de iniciativas políticas de elaboração e discussão de Projetos Legislativos e, em âmbito executivo, de ações governamentais em tentativas de se criar políticas de saúde mental que prestem ao portador de transtornos psíquicos o respeito e cidadania que lhes são de direito.

Partindo desta nova estratégia, coloca-se em prática alguma iniciativa, como em 1989, o projeto de Lei de Paulo Delgado, propondo extinção e substituição do manicômio e em 1990 acontece a Conferência de Caracas.

No quarto período houve avanço e consolidação da perspectiva de desinstitucionalização psiquiátrica. As coordenações de saúde mental em nível do Ministério da Saúde lançam portarias estabelecendo a normatização e o financiamento para novos serviços de saúde mental, e um processo rigoroso de controle e supervisão nos hospitais psiquiátricos.

Através disso ocorre a "Desospitalização Saneadora", ou seja, uma diminuição nos números de leitos em hospitais privados e públicos. Em paralelo a esse processo, foram abertos no país cerca de 200 serviços de atenção psicossocial, mostrando um processo de substituição gradativa do tipo de assistência psiquiátrica, que era baseado na internação, para serviços abertos. Neste período também ocorre um aumento no número de organizações e de familiares no movimento de luta Anti-Manicomial. Com isso:

a voz dos familiares e usuários deixa de ser objeto de escuta ou interpretação terapêutica (...), mas voz efetiva de cidadãos a contribuir no processo de planejamento, execução e avaliação serviços e políticas de saúde mental, e com perspectivas potenciais de atuarem até mesmo na formação de profissionais do campo (VASCONCELOS, 2000, p. 28).

No quinto período, o autor segue destacando que a partir de 1995 até hoje há um limite à expansão da reforma no plano federal, tendo em vista as políticas Neoliberais do Governo FHC. No entanto, o aumento do desemprego, da miséria e da violência social acarreta um aumento na demanda e nos desafios colocados para os programas de saúde mental. Também neste período observa-se a consolidação e difusão dos Serviços de Atenção Psicossocial em alguns estados e municípios.

Podemos ver também através de Vasconcelos (2000), que a desinstitucionalização, surge na Itália, a partir dos anos 70, centrando-se na mudança do paradigma de saber saúde mental de que hospital psiquiátrico é antiterapêutico, substituindo este por serviços abertos e comunitários, os quais *devem assistir o usuário desde sua crise aguda até suas necessidades de caráter social.*

Cita ainda, como elementos básicos do paradigma da desinstitucionalização: a Psiquiatria Democrática Italiana; a superação de alguns dos limites das concepções sanitaristas que são vistas como estruturais, tecnicistas/burocráticas e fordistas; a desconstrução que atinge as estruturas institucionais convencionais e o saber psiquiátrico tradicional.

Outro elemento do paradigma é a ênfase da desinstitucionalização que é a reinvenção na saúde, na existência de sofrimento dos pacientes, no sentido de produção de vida, de sentido de sociabilidade e utilização de formas de convivência dispersas. Outro, ainda, é a conquista e reinvenção da cidadania na saúde mental, questionando e revisando conceitos e dispositivos jurídicos e legais – trata-se de se

inventar uma cidadania especial, mobilizando os autores envolvidos no sistema de ação institucional propondo que cada unidade sanitária básica seja referência para um território e sua população pela qual se faz responsável; e, por fim, coloca como elemento a transformação dos serviços e a abordagem ao doente mental, assim como uma mudança cultural na sociedade, visando mudar a atitude em relação a loucura.

Quanto a esse imaginário de social sobre a loucura, desde os antigos manicômios da Idade Média até as modernas clínicas psiquiátricas, o modelo de exclusão ainda está presente. Embora saibamos que a internação é um recurso extremo que, hoje em dia, deve ser usada apenas em casos onde o risco de vida é grande e eminente.

Sendo assim, observamos que, nos últimos anos, vêm ocorrendo manifestações através da mídia, congresso, sociedade civil acerca de ampliar e garantir o respeito aos direitos humanos destes cidadãos. Vejamos a reportagem apresentada na revista ISTOÉ / 1572 (17/11/1999):

Há cerca de dez anos começou o fim de uma era que se fazia uso de terapias de choque e, o alcoolismo era mal suficiente para manter alguém num manicômio por tempo indeterminado. Gradualmente, foram sendo introduzidas terapias alternativas que procuram preparar o paciente para voltar a se integrar ao mundo de fora. Em vários casos, a longa institucionalização produziu a doença, o paciente perdeu seus vínculos e não tinha mais autonomia. Onde um ataque epilético ou mesmo um ligeiro distúrbio de comportamento eram suficientes para que fossem deixados nos hospitais psiquiátricos (WIEDERHECKER, 1999, p. 137).

No entanto, essa lição de cidadania ainda não foi assimilada pelas sociedades. A realidade predominante no mundo é, ainda, a de excluir do campo de relações humanas todas as pessoas que oferecem, no contato, dificuldades de comunicação, ou que as façam de forma diferente das que compartilham os mesmos padrões comunicativos. Como mostra TUNDIS In COSTA (2001, p. 12), "na

sociedade brasileira atual, excludente, rígida e hierárquica, os grupos sociais desprovidos de poder e significação, mas possuidores de identidade, permanecem alvos preferenciais dos aparatos de controle, rotulação e reclusão”.

Pessoas que desenvolvem um quadro psiquiátrico são facilmente excluídos do convívio social. Seres humanos, quando em situação de risco de “apartação” da vida em grupo, tornam-se vulneráveis. Dessa forma, os distúrbios psiquiátricos ainda trazem consigo um forte estigma que é, na realidade, como define Goffman (1998):

Um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aquele que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para os outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica da que havíamos previsto (GOFFMAN, 1998, p. 14, apud, DE JESUS, 2002, p. 6 e 7).

Entretanto o ser humano é influenciado socialmente a partir dos costumes, valores, etnia, enfim, passa por situações juntamente com o mundo social, em que, através da sociedade, desenvolveram-se normas e leis que fazem e/ou exigem comportamentos padronizados para que se possa ter um meio organizado. É possível que, nos grupos sociais, possa ocorrer, por exemplo, que pessoas portadoras de transtornos mentais, dependência física ou química, fiquem à margem do seu meio familiar, social e em seus relacionamentos, caso haja exclusão. Esta pode ser associada, neste caso, ao medo, ao preconceito e à falta de informação para compreender melhor o sintoma da doença e, com isso, aprender a conviver com elas.

2.1 As Políticas de Saúde no Brasil

A presente abordagem objetiva tratar da Política de Saúde no Brasil e, a partir dela, descrever as ações que direcionaram a construção da política de saúde ao portador de transtorno mental, aqui relacionada ao trabalho dos profissionais do Serviço Social. Inicialmente, estará sendo apontado o histórico da Política de Saúde no Brasil até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, faz-se necessário resgatar a evolução do conceito saúde, o qual, ao longo da história da sociedade brasileira, recebeu diversas definições.

Apesar de receber características bastante variadas o conceito de saúde esteve sempre relacionado com o contexto social, político e econômico do país. No Brasil, as primeiras iniciativas de tratar a saúde enquanto elemento da política social acontecem no período da Primeira República, no final do século XIX. Elas eram baseadas no modelo das *campanhas sanitárias*. Até então, a assistência médica se dava através da prática liberal ou pela iniciativa de organizações filantrópicas, especialmente aquelas desenvolvidas por ordens religiosas como as Santas Casas de Saúde instituídas no Brasil-Colônia, já que neste período o Estado não reconhece a questão social enquanto objeto de sua intervenção política (Bravo, 2001).

As campanhas adotavam práticas que satisfaziam a necessidade de se garantir a eficácia do modelo agro-exportador, o qual era baseado na monocultura cafeeira, assim assegurando a saúde da classe que promovia a mão-de-obra e promovendo medidas de saneamento urbano. Desta forma, as campanhas dedicavam grande atenção aos ambientes em que circulavam as mercadorias que seriam exportadas, principalmente no combate a epidemias, como a da febre amarela e varíola, e operações de desinfecção, engenharia sanitária e vacinação (MERHY, 1992).

Como o próprio nome sugere, o modelo de campanha sanitária era pautado nos princípios da corrente *bacteriológica*, o qual trouxe uma inspiração militar que se traduziu em seu caráter policaresco autoritário e repressivo. Além disso, “consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha” (LUZ, 1995, p. 202). Neste contexto, destacam-se as figuras de Oswaldo Cruz que, na época, dirigia o Departamento Nacional de Saúde, e de outros sanitaristas e pesquisadores, como Adolfo Luz, Vital Brasil, Emilio Ribas e Carlos Chagas. As campanhas sanitaristas protagonizaram a trajetória das ações sanitárias até a década de 1920.

Num cenário de manifestações de contestação ao modelo econômico e político vigente, sob o comando e controle das oligarquias agrárias, e tendo como agravante a expansão do movimento sindical e o início da industrialização do país, de forma que o trabalhador urbano fica mais desprotegido e exposto aos riscos e acidentes pela própria natureza das novas atividades que desenvolve, em 1923, surgem, com a Lei Eloy Chaves, as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Dessa maneira, as CAPs estenderam-se às categorias mais organizadas e importantes política e economicamente. Financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados, assegurariam apenas àqueles que fizessem parte do mercado de trabalho. Dentre os benefícios constavam: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral (Silva, 1996; Bravo, 2001).

Por volta dos anos 30, a saúde era vista como uma questão de polícia e as doenças eram vistas como um "castigo dos céus". Segundo Noronha e Levcovitz (1995, apud, BAHNIUK, 2000, p. 17), "os primórdios do desenvolvimento da assistência médica no Brasil, foram centrados nas práticas destinadas, especialmente, aos menos favorecidos economicamente e aos indigentes".

Neste período, as ações de saúde passaram do âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o recém criado Ministério da Educação e Saúde. Nesta década também foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que, assim como as CAPs, estavam organizados por categorias profissionais (industrialários, comerciários, marítimos, bancários), tendo seu surgimento ligado não apenas à necessidade de proporcionar assistência médica à classe trabalhadora, mas de servir para que o próprio sistema previdenciário não arcasse com o ônus da doença não tratada do trabalhador (Luz, 1986; Scliar, 1987). Os IAPs surgem na conjuntura de ascensão do regimes populistas, os quais foram marcados por medidas clientelistas e paternalistas.

A política social nesta época caracterizou-se, então, por ser, ao mesmo tempo, um sistema de exclusão política e social de certos grupos ocupacionais (camponeses, domésticas, autônomos); um sistema de privilégios diferenciais para os grupos mais poderosos (militares, servidores, frações da classe trabalhadora); um mecanismo institucional, administrativo e legal fragmentado, múltiplo e diversificado.

A partir dos anos quarenta e cinquenta, a questão da saúde no Brasil, acentuada pela emergência de diversas epidemias e da exclusão por classes, requeria providências governamentais urgentes. Os ricos contavam com atendimento privado e aos pobres restavam a caridade da igreja e de benzedadeiras.

A política de saúde formulada nesse período era baseada na concepção de saúde vinculada à idéia de recuperação de doenças, organizando-se em dois subsetores descritos por Bravo (2001): o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominante até meados de 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

Nas décadas de 50 e 60 estrutura-se o atendimento hospitalar de natureza privada com fins lucrativos no país. Após os anos 60, o Brasil sofreu uma intensa crise política social e econômica que veio a favorecer a discussão em torno do verdadeiro caráter de doença. Deveria continuar sendo tratada como um fenômeno individual e biológico ou passar a ser vista como um fenômeno social e coletivo?

A partir disso, desencadeou-se todo um processo a partir da qual a doença passou a ser vista não como algo simplesmente corporal e biológico, mas como um processo, um sistema complexo e interrelacionado, determinado pelo contexto cultural, social e econômico, no qual se está inserido. Dessa forma, a saúde deixa de ser referendada apenas como um fenômeno fragmentado, não se caracterizando mais como um conjunto de sintomas físicos.

O avanço do modelo de privilegiamento da produção privada de ações de saúde teve as seguintes características, descritas por Bravo (2001, p. 24):

- extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;
- ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;
- criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos;

- interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;
- organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica.

Em 1966, ocorreu umas das mais expressivas mudanças neste período, que foi a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) a partir da unificação das CAPs e IAPs, com o objetivo de racionalizar gastos e centralizar o regime previdenciário. A criação do INPS impulsionou a contratação de serviços de terceiros pelo poder estatal. Além disso, o governo, através do Fundo de Assistência Social da Caixa Econômica Federal, financiou a construção de clínicas e hospitais, particulares.

A partir de 1974, o governo promove reformulações que implicam direta e indiretamente nas políticas de saúde, como a separação da área previdenciária da área do trabalho com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) que universaliza a atenção de urgências (MENDES, 1995).

Em 1975, com base nas diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento, surge a lei 6.229 que regulamenta o Sistema Nacional de Saúde e institucionaliza o modelo médico-assistencial privatista.

O Movimento Sanitário nas décadas de 1970 e 1980 construiu a proposta de um sistema de saúde que viesse consolidar a universalização do direito à saúde – a existência de um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado (devolvendo para os estados e municípios a autonomia na gerência dos serviços), que integrasse as ações curativas e preventivas e que estivesse baseado na democracia, dando espaço para a participação popular.

Essas propostas foram definidas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, vista como um marco na história da política de saúde no Brasil considerando que a Constituição Federal de 1988 incorporou grande parte das suas reivindicações mediante a força que o Movimento Sanitário adquiriu na luta pela transformação do sistema de saúde vigente, centrado na cura da doença e na hospitalização (ALVES e LIMA, 2003).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 define, no eixo Saúde como Direito que

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (NOGUEIRA, 1995, p. 118 e 119).

Na década de 80 houve, então, mudanças significativas no Sistema de Saúde do Brasil, atreladas à mudanças político-institucional do país.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) amplia o conceito de saúde. Passando este a não ser tratado apenas pelos sintomas físicos, mas por um estado que abrange os aspectos bio-psico-sociais do ser humano.

O SUS foi criado a partir do conceito de Seguridade Social (saúde, assistência e previdência) Art. 1º da Constituição de 1988, com o objetivo de garantir os princípios fundamentais, relativos à cidadania e à dignidade da pessoa humana

Assim, a Constituição institucionaliza e amplia o conceito de saúde enquanto “direito de todos e um dever do Estado” brasileiro através dos Artigos 196 e 197, sendo estabelecida para tanto a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS através das Leis Orgânicas da Saúde/SUS 8080/90, que dispõe sobre as condições para a organização e o funcionamento deste, e 8142/90 que trata da

participação da comunidade e das formas de financiamento das ações e serviços de saúde.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, artigos 196 e 197).

Todo brasileiro tem direito a prevenção, promoção e recuperação da saúde. E, assim também, é obrigação do governo garantir esse acesso através da formação de uma rede de serviços de saúde e da execução de ações de saúde. Para o cumprimento desta obrigação foi criado, através da Constituição Federal (1988), o Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia nos princípios da descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços.

A maior conquista dos anos 90, foram as mudanças ocorridas a partir da promulgação da Constituição Federal e da aprovação da Lei Orgânica da saúde, que fizeram do período uma década de profundas e significativas mudanças no sistema de saúde brasileiro.

As diretrizes que orientam o SUS estão centradas nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, racionalidade, resolubilidade, descentralização e participação da comunidade. Com base no trabalho apresentado pelos acadêmicos do curso de Serviço Social, 8ª fase (2003), apresenta-se a definição dos princípios que regulamentam o SUS:

- **equidade:** todo cidadão será atendido conforme suas necessidades, cabendo aos serviços de saúde saber quais são as diferenças dos grupos da população, trabalhando para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes;

- **integralidade:** o compromisso dos serviços de saúde em atender todos os indivíduos de maneira completa, tanto do ponto de vista clínico-assistencial como da oferta de diversidade de serviços, de todos os níveis de complexidade, abordando as pessoas e a coletividade de modo abrangente, integral, onde as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura;
- **resolutividade:** a capacidade que tem um serviço de saúde para solucionar os problemas de saúde;
- **complementaridade** do Setor Privado: acontece quando há insuficiência do setor público. Este determina a contratação de serviços privados sob três condições: o contrato deverá estar em conformidade com as normas de direito público; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS; a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS em termos de setor privado;
- **descentralização:** pressupõe a redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um reforço do poder municipal sobre a saúde;
- **controle social:** acontece através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde que promovem a articulação mais direta e democrática entre Estados, Municípios, Instituições e Organizações da Sociedade Civil;
- **organização da assistência de forma regionalizada e hierarquizada** em três níveis, de acordo com a complexidade das situações de saúde: Atenção Básica; Atenção de Média Complexidade; e Atenção de Alta Complexidade.

Dentre as Leis que regulamentam o SUS, a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como "Lei Orgânica da Saúde", e estabelece que saúde não é

somente ausência de doença. Ela é determinada e condicionada pela alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação e lazer. Na verdade, a saúde é condicionada por uma série de fatores, presentes no dia-a-dia, e que influenciam no bem-estar da população.

Pode-se dizer que a saúde é o resultado do gerenciamento adequado das áreas física, emocional, social, profissional, intelectual e espiritual do ser humano.

Podemos ver através de Silva E Marchi (1997), seis dimensões abordadas para formação da saúde:

- saúde física: composta principalmente do quadro clínico do indivíduo;
- saúde emocional: envolve desde uma adequada capacidade de gerenciamento das tensões e estresse do dia a dia, até, uma forte auto-estima;
- saúde social: fatores preponderantes são: alta qualidade nos relacionamentos, equilíbrio com o meio ambiente e harmonia familiar;
- saúde espiritual: ter um propósito de vida baseado em valores e Ética;
- saúde intelectual: utilizar a capacidade criativa sempre que possível;
- saúde profissional: composta de uma clara satisfação com o trabalho (SILVA E MARCHI, 1997, p. 8 e 9).

Através do contexto apresentado, fica referida a abordagem histórica da saúde no Brasil e os processos que resultaram na criação do Sistema Único de saúde (SUS).

2.2 As Políticas de Saúde Mental no Brasil

Inicia-se aqui, a abordagem às políticas de saúde mental no Brasil, apresentando-se uma reflexão a seu respeito. A princípio, destaca-se o entendimento de Saúde Mental e como esta se desenvolveu através dos anos para a criação da legislação brasileira e política de saúde mental no país. Neste trabalho

abordam-se as leis e decretos criados para sua concretização no plano político, tendo em vista a clientela e o tratamento que a esses era destinado.

A Organização Mundial de Saúde assim define Saúde Mental:

Nas distintas culturas, os estudiosos definiram de diversas formas a Saúde Mental, conceito que abarca, entre outros aspectos, o bem estar subjetivo, a *percepção da própria eficácia, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização das capacidades intelectuais e emocionais*. À partir de uma perspectiva transcultural, é quase impossível *chegar a uma definição exaustiva de Saúde Mental*. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, apud, COSTA, 2002, p. 1).

A definição mais ampla de saúde fala em bem estar bio-psico-social e também se refere a algo mais do que a ausência de doença. Quem define o que é bem-estar? Como sabemos que estamos saudáveis ou doentes? Como nos tornamos eficientes, competentes ou incompetentes?

Ao longo das últimas décadas a visão a respeito do conceito das doenças mentais vem modificando-se, principalmente no que diz respeito a entender, tratar e lidar com seus portadores.

Nos primórdios da assistência psiquiátrica brasileira, a população psiquiátrica compunha-se, predominantemente, de homens livres, brancos pobres, deslocados numa sociedade que se estruturava sobre o trabalho escravo. Podemos ver que, inicialmente, os loucos eram um subproduto das relações de trabalho do estado escravocrata, "em certa medida uma vítima ou consequência do não progresso" (ROSA, 2003, p.88).

Com o advento da república, a loucura ganha contorno de doença. O hospício Dom Pedro II tem seu nome trocado para Hospício Nacional de Alienados é desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, tornando-se uma instituição pública em 1890. Também neste ano foi criada a "Assistência Médica e Legal dos Alienados",

vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores da República, com a intenção de organizar a assistência psiquiátrica no país. O modelo hospitalocêntrico difundiu-se, então, por todo o país (ROSA, 2003).

Com relação à legislação brasileira existente, a qual refere-se ao tratamento e cuidado do doente mental no século XX, utilizamos o trabalho apresentado por Ana Maria G. R. Oda (2002), na Conferência Nacional Psiquiátrica, em Mesa Redonda, cujo título é: *Internações Psiquiátricas... Mal ou Bem Necessário?*

A autora apresenta, inicialmente, a primeira lei federal brasileira relativa à assistência psiquiátrica, promulgada em 1903. Esta lei previa a fiscalização das instituições psiquiátricas através do decreto nº1.132 de 22/12/1903. Refletindo na consolidação da psiquiatria como especialidade médica, no Brasil

O decreto 1.132/1903, que "reorganiza a assistência a alienados", foi promulgado pelo então Presidente da República, Rodrigues Alves. Seu relator foi o deputado João Carlos Teixeira Brandão, primeiro professor titular de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que, antes de ser deputado, fora diretor do *Hospício Nacional*. Esta lei foi inspirada, declaradamente, na lei francesa de 1838, de Esquirol, que objetivava unificar a política assistencial no país e estimular a construção de hospitais especializados estaduais. O modelo assistencial proposto era hospitalocêntrico e centralizado. Proibia expressamente a manutenção de alienados em prisões, enfatizando a sua necessidade de tratamento médico (ODA, 2002).

A década de 30 foi marcada pelas noções de profilaxia e de higiene mental, pela centralização de poder, pelo autoritarismo e pela restrição de liberdades individuais (ODA, 2002).

Em 1934 criou-se o Decreto 24.559/1934, que "dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos...", era então presidente da República Getúlio Vargas, chefe do governo provisório.

Nesta lei desaparece o termo alienado. Em decreto de 1927, havia sido estabelecida a distinção entre psicopata (todo doente mental) e alienado (doente mental perigoso para si ou para a sociedade, sujeito então a restrições penais ou civis). Como se pode ver o termo psicopata tinha, pois, um sentido mais abrangente que alienado. Este decreto introduz ainda os termos profilaxia e higiene mental (ODA, 2002).

Ainda segundo este decreto, os doentes passíveis de internação eram: os psicopatas, os toxicômanos e os intoxicados habituais, além dos indivíduos suspeitos de doença mental (estes deveriam permanecer em seções próprias, até a comprovação da doença e a internação definitiva).

Facilitava o uso do recurso da internação, estabelecido, no artigo 9º: sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico.

A reinserção social, nesta época, aparecia como um objetivo periférico, só para os doentes tranqüilos, sob supervisão do hospício. O modelo assistencial previsto continuava centralizado e hospitalocêntrico. Havia uma grande preocupação com o controle médico e social dos loucos perigosos (ODA, 2002).

Atualmente, foi aprovada no Congresso Nacional, após doze anos de tramitação, a Lei da Reforma Psiquiátrica, de autoria do deputado federal Paulo Delgado. Promulgada em 6 de abril de 2001, a Lei n.º 10.216 e substituiu o antigo decreto-lei de 1934 que, até então, regia o assunto no país.

Tal lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Possui treze artigos, sendo que trata da proteção dos direitos dos doentes mentais nos artigos 1º, 2º, 3º e 11º; define os objetivos do tratamento em regime de internação hospitalar nos artigos 4º e 5º e regulamenta as internações voluntárias e involuntárias, nos artigos 6º a 10º.

Esta lei passa a estabelecer algumas mudanças no modelo assistencial aos usuários dos serviços de saúde mental, entre elas cita-se: o estabelecimento dos direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais, limitando e regulamentando as internações psiquiátricas, determinando que "o tratamento oferecido deve ser integral, oferecido por equipe multidisciplinar. A internação hospitalar deve ser indicada somente quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes" (ODA, 2002); promovendo a desospitalização progressiva através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial (CAPS); estabelece a necessidade de uma autorização médica para qualquer tipo de internação e a notificação compulsória do Ministério Público, em prazo de 72 horas. As pesquisas científicas para fins de diagnóstico e terapia com doentes mentais dependerão de autorização do paciente ou de responsável legal, além de comunicação ao conselho profissional competente e ao Conselho Nacional de Saúde (NOAS-SUS 01/2001 e Lei N.º 10.216).

Este decreto define, ainda, quanto à internação a voluntária (esta deve ocorrer com o consentimento do usuário - escrito); a involuntária (sem seu consentimento e a pedido de terceiro); e a compulsória (determinada pela justiça). Ocorrendo a internação involuntária, deve ser comunicada em 72 horas ao Ministério

Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento, ocorrendo o mesmo na respectiva alta (ODA, 2002).

O modelo de assistência proposto é descentralizado, baseado em rede de serviços diversificada, comunitária, devendo ser a atuação terapêutica a menos restritiva possível. Proíbe, ainda, a internação em instituição asilar, sem características terapêuticas. A lei não prevê, mas não proíbe, a construção de novos hospitais nem a contratação de leitos psiquiátricos (ODA, 2002).

Em resumo, a lei vigente trata da garantia dos direitos básicos do doente mental, inclusive o de ter acesso aos melhores recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis, numa rede de serviços diversificada; ressalta a necessidade de políticas específicas de desospitalização e reconhece a internação hospitalar como mais um dos recursos terapêuticos válidos, desde que de boa qualidade.

Pode-se ver, através das leis, o espírito de cada época e seguir, através delas, as mudanças no estatuto social dos chamados consecutivamente "alienados", "psicopatas" e "pessoas portadoras de transtornos mentais", no decorrer do século XX.

Seguindo a apresentação do trabalho de Oda (2002), esta propõe uma comparação às ementas das três referidas leis no qual o projeto de Lei 3.657/1989 que, embora bem diverso da Lei aprovada, foi incluído na comparação pela sua importância histórica.

Tabela 1: Ementas das Leis Federais sobre a assistência aos doentes mentais

DECRETO 1.132/1903	DECRETO 24.559/1934	PROJETO 3.657/1989	LEI 10.216/2001
"Reorganiza a assistência a alienados."	"Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens	"Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros	"Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

	dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.”	recursos assistenciais e regulamenta e internação psiquiátrica compulsória.”	transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.”
--	--	--	---

Fonte: (ODA, A. M. G. R.. *Internações Psiquiátricas... Mal ou Bem Necessário?* Conferência, 2002).

A leis federais aqui sintetizadas refletem, em seus textos, os contextos históricos específicos em que foram geradas e as noções sobre a doença mental vigentes na sociedade brasileira em cada época.

Durante esse período podemos ainda destacar a importância de algumas portarias, como a portaria n. ° 0224 de 29/01/62, na qual a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, com visitas à humanização da assistência aos portadores de transtornos mentais, sua desmistificação, bem como a preservação de seu direito à cidadania, prevê: criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; organização dos serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade na prestação de serviços; ênfase na participação social na formulação de Políticas de Saúde Mental, bem como no controle de sua execução.

Em 19 de julho de 2000, com a Portaria n. ° 799, O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, compromete-se, em Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente – Organização Pan-Americana de Saúde: “... a desenvolver esforços no sentido de superar o modelo de hospital psiquiátrico como serviço central para o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais”.

Essa portaria considera que as internações em hospitais especializados em psiquiatria devem ocorrer somente naqueles casos em que foram esgotadas todas

as alternativas terapêuticas ambulatoriais existentes, toma como referência o fato de que o modelo de atenção extra-hospitalar tem demonstrado grande eficiência e eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais, buscando através dos avanços obtidos nos últimos anos a reversão do modelo psiquiátrico tradicionalmente hospitalocêntrico e asilar que vigorou no País por mais de 150 anos. Com a aprovação da portaria destaca-se, ainda, o controle e fiscalização através do SUS aos hospitais e clínicas de tratamento.

A Portaria n.º 251, de 31 de janeiro de 2002, estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

Com o passar do tempo, a internação mostrou-se como sendo um recurso inadequado para prestar assistência ao portador de transtornos mentais. A desinstitucionalização surgiu como uma nova alternativa, que começou a propagar-se pelo mundo todo, buscando-se tratamentos alternativos e mais humanos que beneficiassem o paciente e preservassem sua integridade no meio social.

Esta nova corrente vem crescendo, com a intenção de acabar definitivamente com os hospitais psiquiátricos, e é chamada de movimento Anti-Manicomial, defendido principalmente pela Itália, Espanha, França e Inglaterra. Esse movimento prega a criação de um novo modelo de tratamento aos pacientes que sofrem de algum transtorno mental.

Este, no Brasil, já apresenta número significativo de participantes em praticamente todos os Estados da Federação com a aprovação de leis que apontam claramente para o fim das discriminações impostas ao portador de sofrimento mental, e para a extinção do hospital psiquiátrico.

Nos últimos anos, houve uma consolidação da organização nacional do movimento Anti-Manicomial através de movimentos e Fóruns organizados. Já realizaram o I e o II Encontro Nacional da Luta Anti-Manicomial. Participam deste movimento, inclusive, setores organizados da sociedade civil – partidos progressistas, sindicatos, organizações pró-direitos humanos, movimentos populares e simpatizantes da causa do resgate da cidadania do “louco”. Ainda incipientes, porém expressivas, fortalecem-se as associações de usuários, adquirindo voz e voto em todo esse processo (BAHNIUK, 2002).

3 A COMPREENSÃO DOS PROCESSOS FAMILIARES

A vida familiar faz parte do mundo real das pessoas, este é o primeiro núcleo social em que as pessoas já nascem inseridas. É através deste núcleo, que adquirem valores morais, religiosos e ideológicos. *“É na família, mediadora entre indivíduo e a sociedade, que aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. É a formadora da nossa primeira identidade social”* (REIS, s.d.).

Com a necessidade de trabalhar junto às famílias dos PTM, torna-se necessária a compreensão dos processos familiares, na realização da intervenção do Serviço Social junto aos pacientes. Ao atender os grupos familiares tem-se a necessidade da clareza em relação às mudanças deste processo e a distinção entre os modelos familiares que se apresentam na sociedade organizada.

Ao estudar as relações familiares junto ao portador de transtorno mental, é necessário estar fundamentando teoricamente o que se entende por família e analisar que processos levam a construção das mesmas. No entanto, é de fundamental importância para o Serviço Social o reconhecimento das bases familiares dos PTM. A riqueza das relações familiares, traduz-se na vida dos portadores, em seu comportamento e valores. Ressalta-se ainda a importância que o apoio familiar representa junto ao paciente, pois esta é uma das garantias de sucesso no tratamento e no cuidado da doença mental da qual é acometido.

Abordam-se, neste capítulo estudos relacionados à família, a forma como se dá o processo de construção e reestruturação destas na contemporaneidade e a partir de que conceitos estará sendo desenvolvido o trabalho do serviço social junto aos PTM.

É importante ressaltar que entende-se que a instituição familiar "é um fato *historicamente condicionado*" (MIOTO, 1997, pg. 115) e, portanto, sua configuração está diretamente ligada ao tipo de sociedade em que encontra-se inserida. A família não é considerada neste estudo como instituição natural da sociedade, mas sua estrutura é historicamente determinada pelas diversas formas de sua inserção nos diferentes tipos de sociedade e seus processos demográficos (MIOTO, 1997).

Sendo assim, família, neste trabalho, concordando com Mioto (1998) é entendida como:

Um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros e se encontra dialéticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida. (MIOTO, 1998, p. 21)

Desta forma, precisa-se compreender as famílias a partir de um processo de construção social, o qual é determinado por cada época, lembrando que a sociedade e o segmento social ao qual estão inseridas às famílias são de fundamental importância para a sua estruturação. Pois elas são uma construção humana que se consolida, modifica e transforma conforme a influência do meio social em que vivem.

Mioto (1997), mostra que um dos modelos de família muito presente até os dias atuais é a família monogâmica patrilinear, que se concretiza através das famílias fundadas a partir dos princípios da filiação e do fato cultural da transmissão hereditária de bens aos filhos legítimos e verdadeiros, afirmando assim a relação família e propriedade.

Configurando as famílias a partir dos anos 90 no Brasil, percebe-se mudanças significativas decorrentes do processo de modernização, ocorridas nestas nos últimos cinquenta anos em todos os segmentos da sociedade.

A importância de contextualizar a família se dá pelo fato de não existir, atualmente, um modelo único. Com a transformação das sociedades e atendendo às necessidades sociais impostas, percebemos uma reestruturação de conceitos e a criação de novos arranjos familiares, calçados em relações conflituosas de rupturas das bases patriarcalistas impostas e aceitas pela sociedade através dos tempos.

Com base em Miotto (1997), destacam-se algumas mudanças na família brasileira, como: o número reduzido de filhos; a transformação da vida da mulher que, com a inserção no mercado de trabalho, passa menos tempo em casa e tem menos filhos; o aumento da concepção em idade precoce (entre adolescentes); o aumento da co-habitação e união consensual; o predomínio de famílias nucleares (pai, mãe e filhos), apesar de haver registro de queda desse tipo de organização familiar; o aumento significativo de famílias monoparentais, tendo na sua maioria mulheres como chefes de família; o aumento de famílias recompostas; e o aumento na média de vida das pessoas, proporcionando assim maior convívio entre as gerações.

Pode-se destacar, também, alguns aspectos de influência que resulta na configuração das famílias atualmente, como: a transformação e liberação de hábitos e costumes, especialmente relacionados à sexualidade e à nova posição da mulher na sociedade; o desenvolvimento técnico-científico, tais como os meios de comunicação de massa e os anticoncepcionais; e o modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo Estado Brasileiro, que teve como consequência o empobrecimento acelerado das famílias, a migração do campo para a cidade e um contingente muito grande de mulheres e crianças no mercado de trabalho (MIOTTO, 1997).

Com relação aos dados apresentados, Miotto (1997), ressalta a maior convivência entre as gerações e as mudanças na relação entre homens e mulheres, que já não tem o cuidado dos filhos como única razão de suas vidas, como sendo transformadores da configuração familiar. Mostra também que tais mudanças acabam por fragilizar os laços familiares, o casamento deixa de ser visto como eterno e passa a ter caráter temporal resultando em inúmeros divórcios e separações. Com tal análise, Miotto (1997), salienta a necessidade de tratar de "famílias" para que, no sentido plural, possa-se abarcar os diversos arranjos familiares apresentados na sociedade no sentido de família.

Com base na cartilha produzida por Ribeiro (1999), conceitua-se família a partir de um olhar investigativo da sociedade e suas transformações. Esta caracteriza as famílias no sentido plural, como sendo um espaço onde se reconstrói as relações de gênero, buscando o equilíbrio da convivência em família. Dentro destas novas relações percebem-se famílias constituídas apenas por homem/mulher, sem filhos; ou famílias extensas, presente nestas pessoas unidas por laços sangüíneos ou afetivos; uniões homossexuais; união de casais vindos de casamentos rompidos; e relações de amizade.

Na compreensão de práticas familiares, pode-se ver que:

Antes de ser uma estrutura rigidamente delineada, é processo, é relação, é movimento, tem ritmo próprio de apropriação dos valores, crenças, hábitos e atitudes ordenadores das relações e práticas nesta esfera, de acordo com o meio social e época histórica (RIBEIRO, 1999, p. 23 e 24).

Desta forma ao considerar famílias, no plural, suas práticas apresentam-se heterogêneas. As famílias no "Plural" não se apresentam apenas vinculadas aos laços consangüíneos, mas sobretudo nas relações de afinidade, valorização dos afetos sentimentais, emoções e interesses (RIBEIRO, 1999).

As famílias vão se modificando também a partir do confronto de gerações, quando em geração anterior via-se presente a homogeneidade e a linearidade das relações. Através de conflitos, contradições, diferenças, vêem-se as mudanças, as novas formas de arranjos, não só nas famílias como também na sociedade como um todo. Assim dá-se a construção das famílias no presente para projetar o futuro familiar, levando em consideração que, no presente, não há um modelo definido de família. Na atual conjuntura é extremamente diversificada a forma que a mesma vai estruturando suas relações, práticas, crenças, valores, na busca de soluções para as necessidades que a vida apresenta (RIBEIRO, 1999).

Estabelecendo uma comparação entre as famílias patrilineares neste processo, a autora mostra que a relação com a família do presente é construída em meio a impasses, conflitos e angústias, ficando assim visível às relações contraditórias das duas descendências. Podemos perceber as diferenças através de princípios, crenças e valores.

Nas famílias tradicionais, homem e mulher se percebem como diferentes. Esta diferença também se percebe através de sinais visíveis: roupas, linguagem, comportamento, e mesmo sentimentos considerados próprios de cada sexo. A relação pais e filhos mostra claramente que adulto é diferente de criança (RIBEIRO, 1999).

Figueira (1987, p.16, apud RIBEIRO, 1999, p. 27), denomina de "Família Iguatária", aquela em que homem e mulher se percebem diferente, pessoal e idiosincraticamente, mas como iguais porque indivíduos. As diferenças pessoais subordinam as diferenças sexuais, etárias ou posicionais. Em não se apresentando diferenças estereotipadas de homem/mulher, os marcadores visíveis ficam

atribuídos a expressões de gosto pessoais. Há a presença da pluralidade de escolhas que só são limitadas pelo respeito a individualidade do outro.

Já nas famílias (plural), aparece claramente a referência dos pais para as relações no meio familiar, desde que tais relacionamentos entre homem/mulher tenham sido satisfatórios. Analisando erros e acertos, à medida que resgatam o que é positivo e repensam os pontos negativos como referência para não reproduzi-los no meio familiar em relacionamentos seguintes. Nas famílias no sentido plural, temos a reestruturação de casais vindos de casamentos rompidos e famílias extensas, naquelas onde há o vínculo financeiro dos pais por parte dos filhos ou vice-versa (RIBEIRO, 1999).

Quanto às relações de gênero podemos ver que, por muito tempo, estiveram centradas na concepção de oposição de papéis sexuais, ressaltando a dominação dos homens opressores sobre as mulheres. Com o surgimento dos movimentos feministas, a sociedade presenciou a descentralização do poder historicamente natural, o patriarcal. Este surgimento persiste em confrontos e conflitos nas relações de gênero na atualidade.

As relações de gênero são moldadas por determinantes históricos, ideológicos, religiosos, étnicos, econômicos, culturais, sendo possíveis de mudança de um local para outro; ou transformar-se em um mesmo lugar, podendo associar-se não só às relações sociais, que implicam interações entre o masculino e feminino e vice-versa (RIBEIRO, 1999).

Com a quebra deste paradigma patriarcal pelos movimentos feministas, as mulheres ganham espaço público em universidades, em espaços culturais, sociais e políticos, conquistando direito de liberdade, igualdade e autonomia. Isso se reflete numa modificação nas relações de gênero. Essa mudança dá-se de forma

conflituosa ou não, dependendo dos princípios e do grau de aceitação entre homens e mulheres da mesma família. Para os homens esse processo também é doloroso e conflituoso, já que precisam deixar formas de pensar e agir socialmente legitimadas e aprender a dividir e romper hierarquias; mostra-se, desta forma um processo *atravessado por contradições*.

Esta mudança nas relações de gênero se reflete diretamente dentro da instituição família, que perde seu referencial patriarcal gerando conflito na forma de criar os filhos pela divergência de opiniões e pelo fato de o poder estar de certa forma dividida entre os pais. O casal chamado Iguatário tem, como elemento integrante do cotidiano, impasses e dilemas nas relações (RIBEIRO, 1999). *“As praticas familiares de uma geração para outra, constrói rupturas, modificam-se e alteram-se”* (RIBEIRO, 1999, p. 40).

As famílias, atualmente, são constituídas não só pelo casamento formal homem/mulher, mas apresentam-se em relações de reconstituição familiar a partir do divórcio, da ausência de casamentos religiosos, dos laços afetivos, etc.

A família é *“além de núcleo de origem, um modo de ser”* (DA MATTA, s. d., apud RIBEIRO, 1999, p. 40). Sendo assim, a família é movimento, complexidade mas indispensável como espaço de equilíbrio e formação do ser humano (RIBEIRO, 1999). *“Até o momento ainda não descobriram outra forma mais eficiente de ensinar gente a ser gente”* (MIOTO, 1997).

Para chegarmos à compreensão dos processos familiares, precisamos desmistificar a família pré-concebida e aceita e, a partir daí, entendê-la associada ao contexto social no qual esta inserida, ou seja, definí-la em sua época, sociedade e segmento social, levantando assim bases para seu estudo e entendimento como arranjo social determinado em cada época apresentada.

3.1 Transtorno Mental e o Cuidado Na Família

Ao tratar do paciente portador de transtorno mental e o cuidado na família, reporto-me à autora Lúcia Rosa, que aborda em sua obra *Transtorno Mental e o cuidado na Família, a trajetória familiar com o enfermo*.

Trajetória esta que se inicia com os grandes investimentos financeiros e emocionais que vão se alterando com o retrocesso no quadro clínico do enfermo e despreparo da família em lidar com o novo contexto (ROSA, 2003, p. 28).

Procura-se evidenciar, neste capítulo, o impacto do transtorno mental nas relações familiares, abalado pelas necessidades impostas pelos provimentos de cuidado do portador de transtorno mental na esfera doméstica. Analisa-se através de Rosa (2003), que a relação da família com o portador de transtorno mental é historicamente construída, tomando como base para o início deste estudo a instituição da sociedade moderna.

A partir do novo ordenamento sócio histórico, em que se construiu a sociedade moderna burguesa, o louco e a loucura vão figurar como uma questão social, baseada nos princípios econômicos, social da sociedade, sobretudo na razão e na autonomia.

Com a institucionalização da então sociedade moderna, as instituições psiquiátricas passam a equacionar o louco e a loucura, os quais passam ser medicalizados. O doente mental passa a ser detentor de direito social de tratamento, em espaço adequado mas, ao mesmo tempo, perde seus direitos políticos e civis enquanto internado por tempo determinado ou indeterminado. Assim, os pacientes perdem a liberdade e passam a ser estigmatizados pela internação. O hospital fica numa posição, a serviço da saúde, entre o paciente e seus familiares.

Entretanto, neste período, aos então “alienados”, era justificado seu estado de “isolamento terapêutico” no hospital, responsabilizando a família pela alienação. Por isso ele deveria ser protegido desta e esta “do alienado e suas alienações” (ROSA, 2003, p. 29).

Num segundo momento, a “alienação” torna-se uma questão médica e então a internação passa a ser justificada pois não resta nada à família a não ser esperar pela melhora do paciente internado.

Com a transformação do capitalismo, a partir do século XX, e de alguns dos saberes do campo da psicologia, tais como a difusão da psicanálise e do movimento de higiene mental, aprofunda-se a visão negativa sobre a família. Esta passa a ser vista de modo patológico, é culpabilizada pela emergência de um portador de transtorno mental.

A partir dos anos de 1970 e 1980 nos países considerados de primeiro mundo, e a partir de 1990 nos países considerados de terceiro mundo, entre eles o Brasil, ocorreram diversas mudanças no mundo do trabalho orientado pelas crises fiscais, mudanças políticas e ideário neoliberal. As políticas sociais sofreram redirecionamento dos princípios humanistas agora para a focalização, a seletividade e a privatização.

Como mencionada anteriormente, a família, neste trabalho, está sendo tratada como um fato cultural historicamente construído (MIOTO, 1997), sofrendo, desta forma, influência direta da sociedade em que está inserida, neste sentido, com tais mudanças apresentadas, a família passa a ser vista como eixo das políticas sociais no país, envolvidas num processo de transição passando às famílias responsabilidades antes assumidas pelo Estado.

Com isso vem a conquista de novos espaços no mercado de trabalho, principalmente pelas mulheres, as quais tomam grandes proporções de cargos no mercado de trabalho após o movimento feminista. Tais alterações acabam por causar grandes mudanças no meio familiar, carregando-a de uma certa vulnerabilidade num determinado contexto social acentuado, também, pela crise econômica, pelo empenho na luta pelos direitos sociais, pela socialização de parte dos trabalhos domésticos como o cuidado com os filhos, idosos e pessoas enfermas em casa. Podemos ver a necessidade do provimento de cuidado na esfera doméstica incluindo o papel da mulher, historicamente a principal encarregada de cuidar (ROSA, 2003).

Nos anos 90, no Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o tema também ganha atenção acadêmica, pois a família começa a se constituir como ator político ainda que voltado para a cidadania do portador de transtorno mental e não para si mesma. No entanto, continua a cuidar, deste mesmo que seu cuidado ainda não tenha recebido viabilidade pública.

Com base nestas explicativas, pretende-se salientar as múltiplas relações familiares versus portador de transtorno mental. Cuidados característicos do portador de doença mental, características da família, relações da família com este, tratamento, cuidados domésticos, trajetória da família nos processos de inclusão/exclusão do portador de transtorno mental, famílias de baixa renda e provimento dos cuidados com o ente familiar.

3.2 O Portador Transtorno Mental e Seus Responsáveis

Considerando o objetivo deste trabalho, que é verificar a importância da família no tratamento do Portador de Transtorno mental, neste capítulo busca-se identificar o perfil dos cuidadores dos portadores de transtorno e também demonstrar através de pesquisas realizadas por alguns autores qual o possível perfil dos PTM num panorama geral.

Tomando como base pesquisa realizada por Rosa (2003), assinalam-se alguns dados significativos ao processo de reconhecimento da população investigada: o portador de transtorno mental e seus responsáveis.

Seguindo a tendência histórica, percebe-se uma feminização nos cuidados aos portadores de transtorno mental. Além desse dado, tem-se que mais da metade das mulheres cuidadoras de PTM desenvolve trabalho remunerado extraluar, tendo que dividir seu tempo entre os cuidados a este e o provimento de renda familiar.

Acompanhando as tendências estatísticas relacionadas ao transtorno mental conclui-se que, este acomete predominantemente o sexo masculino.

Outro dado relevante mostrado por Rosa (2003) é a pesquisa realizada por Hita (1998,apud, ROSA, 2003, p. 240), que mostra o transtorno mental analisado através de uma perspectiva feminista, afirmando que o acometimento do transtorno mental entre as mulheres, sobretudo a depressão, se dá predominantemente entre as casadas. Assim, aponta o casamento como sendo um dos fatores de agravo ao sofrimento mental psíquico entre mulheres, dentre elas as donas de casa, "do lar". Essas na maioria das vezes, vivem a maior parte de seu tempo isolada, ansiosa, sendo que seus esforços não são reconhecidos, bem como pela sobrecarga da responsabilidade assumida pelo bem estar de terceiros.

Já os dados apresentados por Vasconcelos (1992a, apud ROSA, 2003, p. 241), baseados em estudos epidemiológicos, orientam outra direção para esta tendência, indicando três situações de vulnerabilidade para o acometimento de transtorno mental desenvolvido nas mulheres. Este relata que as mulheres tornam-se mais propensas ao TM quando expostas a determinadas situações: culturais, matrimoniais e familiares. Salienta ainda que sofrem agravantes quando em situação de migração, separação conjugal, quando precisam assumir a chefia do grupo doméstico, etc.

Dos resultados indicados pela pesquisa de Rosa (2003), destacam-se as seguintes conclusões:

- na maioria dos casos, os responsáveis pelo PTM têm maior escolaridade que o PTM;
- a maioria dos responsáveis tem em média 20 anos a mais que o PTM, fato que explica a necessidade dos responsáveis exercerem ascendência sobre o portador e a divisão dos cuidados entre as mulheres no grupo doméstico;
- a maioria dos responsáveis exerce atividade remunerada fora de casa, enquanto que a maioria dos PTM não trabalha, necessitando assim de maior disponibilidade de seus cuidadores. Este dado mostra que falta incentivo no mercado de trabalho voltado aos PTM.

Para uma melhor compreensão e entendimento do convívio familiar com PTM, procura-se evidenciar, neste trabalho, de que forma a família percebe o PTM em seu convívio. A reação que a participação deste proporciona no comportamento dos membros do núcleo, bem como se constrói a relação família/PTM. Aborda-se o entendimento da família quanto ao atendimento e cuidado do portador perante suas limitações e também a posição tomada pelos membros dessa em relação a este no

tocante ao enfrentamento da doença ao assumi-lo como doente mental entre seus membros.

Os membros familiares, de certa maneira, participam da sociedade familiar, nesta partilham das mesmas condições de vida, moradia e situação salarial, o que lhes garante certa homogeneidade no plano de participação, criando-se assim uma identidade familiar. Mas, no entanto, fica atribuída a cada membro a criação de sua própria interpretação da realidade no plano cultural e social.

Sendo assim, a história particular de cada grupo influencia diretamente na maneira de como serão construídas as relações familiares com o portador de transtorno mental ditando, assim, com que intensidade e vivência serão integrados ao grupo familiar.

O transtorno mental provoca deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referências do grupo (ROSA, 2003, p. 243).

Com a descoberta de um portador de transtorno mental no meio familiar, geralmente a primeira reação do grupo, como forma de enfrentamento do problema, é a “**normalização**”. A família, na maioria dos casos, não admite que seu ente possua algum tipo de transtorno mental, e tende a aceitar a situação como normal. A princípio os sintomas de diagnósticos leves são pouco percebidos e os familiares procuram outras explicações para o comportamento estranho, desde que este esteja próximo de um comportamento socialmente aceito. Muitas vezes a normalização chega a comprometer a sobrevivência do PTM, quando este deixa de se alimentar, diminui o nível de comunicação e proximidade das pessoas do grupo.

A normalização pode ser explicada como um mecanismo de defesa porque a família compartilha dos valores da sociedade e sabe que o transtorno

mental é estigmatizado e estigmatizável a ela também é um agente no processo de estigmatização (ROSA, 2003, p. 245).

Alguns exemplos de normalização podem ser notados em casos de depressão, que é vista como "frescura" pelos familiares, ou como uma desculpa para fugir das responsabilidades.

Contudo, outro mecanismo percebido é o do "efeito contágio" pois, se meu familiar possui transtorno mental, faz parte da minha família e tem o meu sangue, será que há outros membros com o mesmo transtorno, ou eu mesma não serei portadora de tal doença? Muitos grupos familiares ainda passam por uma fase de negação, onde admitem que o PTM possa ter qualquer doença, exceto o transtorno mental.

De modo geral, assumir o transtorno mental no grupo familiar acaba por gerar grande ansiedade e tensão em todos os participantes deste. São inúmeras dúvidas e faltam de explicações sobre a doença. O resultado é "*desorientação e desnorreamento*" (ROSA, 2003, p. 245) no meio familiar, provocados, primeiramente, pelo fato de haver um doente no meio familiar; pela preocupação se esta doença vai gerar gastos; pelo preconceito sobre a doença mental, como se isso fosse uma coisa humilhante para a família do portador; agravado pelo fato de os membros não possuírem nenhum conhecimento em relação a doença mental.

Essa é uma etapa que provoca muita ansiedade pois, a família está descobrindo o transtorno mental. Muitos questionamentos vêm à tona: querem saber sobre a doença; se esta tem cura; quanto tempo ficará internado; qual o tempo de tratamento. A família não sabe o que fez de errado. Fica perdida e, muitas vezes, desenvolve um processo de culpa.

A primeira internação torna-se um marco na família do PTM que investe maciçamente na "cura". Essa experiência pode se tornar um marco negativo quando

o quadro do paciente evolui para pior, ou um marco positivo quando a evolução do quadro evolui para melhor. Neste processo a família perde a referência até então construída, assumindo a enfermidade estigmatizada pela sociedade.

Na primeira internação os familiares se fazem presentes durante o tratamento e depositam toda a sua esperança de cura à esfera organizacional. Como em todo sistema de saúde, o setor psiquiátrico restringe-se ao paciente, na aplicação de suas medicações urgenciais, internamento e encaminhamento ao tratamento. À família resta fornecer relatório de sua vida pregressa e falar sobre o comportamento do mesmo, enquanto espera pela "cura".

Sua preocupação e sofrimento não são acolhidos de imediato pelo corpo clínico de tratamento, bem como não é preparada para a nova situação de vida do então portador de transtorno mental. Geralmente a família tem a noção de que quando voltar para casa o mesmo estará curado e não sofrerá novamente com a enfermidade. *Prevalece nesse meio a desinformação e o despreparo familiar para o enfrentamento da doença.* Quando o familiar PTM necessita de reinternação aumenta aflição da família, que agora reclama da ineficiência do tratamento anterior, já que seu ente precisa ser internado novamente.

Neste aspecto, nota-se a necessidade de que haja, desde a sua primeira abordagem, um preparo, uma capacitação para o convívio permanente família/PTM com a doença, evitando que a família seja ignorada, como se apenas restasse a estes esperar pela cura ou pela melhora de seu familiar.

Com o passar do tempo, as freqüentes crises e reinternações deixam os familiares à mercê do tratamento. As incertezas e dúvida anteriores vão se transformando em certezas de incurabilidade. Nesse processo, os padrões de

relação da família com o portador de transtorno mental vão se enrijecendo e se *modificando com a certeza de que seu comportamento será permanente.*

A família passa, então, por um processo de mudança na forma como vê o portador de transtorno mental em seu meio; perde parte de seus laços afetivos e, muitas vezes, já não dispensa mais o mesmo cuidado par com ele. Aos poucos vai passando a responsabilidade dos cuidados do portador para o Estado, o hospital e a instituição que o atende. Neste processo, com o sinal de qualquer crise, leva-o para a instituição como se a mesma tivesse a obrigação de tratá-lo sem o envolvimento familiar. Percebe-se, desta forma, a família alterando por completo sua visão em relação ao portador de transtorno mental em seu meio (ROSA, 2003).

Rosa (2003), faz uma pesquisa do avanço do transtorno mental e o deslocamento da posição simbólica do portador de transtorno mental no grupo familiar. Percebe-se que, no decorrer da vida do PTM, este passa por diferentes estágios de intensificação ou estabilização dos sintomas da doença mental, quase sempre seguidos de internações e crises. Enquanto isso a família experimenta diferentes sentimentos em relação ao portador, relutantes do processo diário de seus cuidados e tratamento. Na maioria das vezes, as famílias acabam por alterar a visão que tem do portador de transtorno mental, enquanto membro envolvido nas relações do grupo.

Neste processo de aprimoração, percebe-se alguns sentimentos produzidos no meio familiar, dentre os quais Rosa (2003), destaca a superproteção, que, em muitos casos, "... pode ser compreendido como um desdobramento de culpa" (ROSA, 2003, p. 251). Dentre os sintomas da superproteção pode-se citar a forma de tratar o PTM, quase sempre, "*com qualitativo no diminutivo e tratá-lo como*

criança" (ROSA, 2003, p. 252), sendo esta uma das maiores expressões da infantilização.

A superproteção familiar acaba por impedir, muitas, vezes o portador de trabalhar ou desenvolver afazeres domésticos e, quando este prove algum sustento ou renda para o meio familiar, acaba que a família administra o dinheiro do portador em prol do grupo.

Seguindo neste processo sintomático descrito por Rosa (2003), tal análise apresenta o sentimento de desqualificação do PTM que tende a culminar num processo de invalidação do mesmo. Seu ritmo e sua singularidade não são mais respeitados. Passa a ser percebido no meio familiar como um diferente, " *mas é rotulado de forma negativa*" (ROSA, 2003 p. 253). Tonado-se, assim, um total dependente, seja do Sistema de Saúde ou de um cuidador.

Muitas vezes o PTM aproveita-se da situação de enfermidade e acaba por manipular os familiares com a doença. A exemplo disso estão as chantagens para conseguir bens materiais ou coisas de seu interesse; não ter nenhum tipo de responsabilidade com trabalho ou afazeres do lar, em troca de tomar o remédio e fazer o tratamento. O contrário disso também percebe-se em determinadas famílias que vêem o portador como uma "*fonte de renda relativamente segura para a família por meio do sistema previdenciário*" (ROSA, 2003, p. 255), sendo que este garante auxílio doença ou quando em processo de invalidez, etc. Desta forma, a família manipula a identidade do louco, provando sua doença para conseguir **este** ganho, abrindo, assim, as portas para a inserção ao benefício pela exclusão.

Cita-se ainda o fato de o PTM em muitos casos ser ou tornar-se uma pessoa violenta fazendo com que a família o exclua por conviver constantemente com o medo. Muitas das vezes o PTM sabe que tal comportamento provoca o medo de seu

meio familiar e procura desta forma amedrontá-los, para assim poder manipulá-los, tornando-se o centro das atenções e dos problemas familiares, o que acaba por responsabilizá-lo por todos os problemas do grupo (ROSA, 2003).

3.2.1 A Questão Econômica e Familiar

Nem todas as famílias contemporâneas apresentam-se aptas a promover cuidados aos PTM devido à situação econômica e às transformações advindas do mundo do trabalho, que atingiram diferentemente todas as classes e segmentos sociais, o que acaba por resultar em mudanças nas estruturas familiares, alterando, de forma significativa, a posição e o papel da mulher na unidade doméstica.

Com a instituição do trabalho assalariado, a relação estável com o mundo do trabalho demarca vínculos sólidos na esfera familiar, que possibilita a efetivação da divisão sexual do trabalho nos marcos da sociedade burguesa. Com tal divisão, o homem se identifica na esfera pública com o trabalho produtivo e pago, fornece, assim, condições econômicas para o grupo familiar se reproduzir. Conforme a ocupação do homem no mercado de trabalho fica também condicionado à posição de classe e ao *status* de toda a família. Conseqüentemente a mulher, na posição de esposa e mãe, dona de casa, tem suas funções de educadora respaldada pela posição que o grupo familiar ocupa no espaço extrafamiliar. Esta família sólida e apoiada na divisão sexual do trabalho encontra-se predominantemente nos grupos médios e no segmento de classe trabalhadora, alicerçadas no mundo do trabalho (VASCONCELOS, 2000).

Através do olhar de Vasconcelos (2000), vemos que as mudanças que mais afetam as famílias de segmento médio, são as mudanças na mentalidade que

alteram condutas. A exemplo disso temos o trabalho extrafamiliar e a emergência das famílias monoparentais, principalmente as chefiadas por mulheres, e o crescimento significativo das taxas de divórcio que influenciam diretamente em tais mudanças.

Assim, os segmentos com vínculos mais vulneráveis no mercado de trabalho, que são representados pelas classes mais empobrecidas, são também os que apresentam maior instabilidade nas relações familiares. Nestes segmentos, na maioria das vezes, existe a necessidade do trabalho feminino como gerador de renda familiar, sendo que, para ambos os sexos, existem o risco do desemprego. Estes segmentos de menor renda geralmente encontram-se trabalhando no mercado informal, marcados pela baixa remuneração e falta da garantia dos direitos previdenciários, etc. Tal situação acaba por deixar o casal mais propenso a rompimentos causados pela instabilidade financeira.

Geralmente as mulheres se inserem no mercado de trabalho com funções semelhantes as desenvolvidas no meio doméstico. Assim são inseridas no ramo de prestação de serviços, no setor terciário da economia. Quando trabalham no espaço público, percebem-se as desigualdades sexuais, haja vista as mulheres ocuparem cargos de menor prestígio e remuneração (VASCONCELOS, 2000).

Além disso, mesmo trabalhando no espaço público, extrafamiliar, a mulher mantém-se com suas atribuições familiares, fato que configura sua dupla jornada de trabalho, constituindo uma área de tensão entre as demandas de tempo requerido pela esfera produtiva como também pelas exigências de disponibilidade doméstica para a prestação de serviço, e, nela, o provimento de cuidados para os membros dependentes (VASCONCELOS, 2000, p. 277).

Com isso Vasconcelos (2000), conclui que, além de mais pobres e sobrecarregadas, as famílias chefiadas por mulheres são, em sua maioria, mulheres

com idade avançada, o que significa que estas também necessitam de cuidados. Outro dado apontado por Vasconcelos (2000), é que nos últimos anos a família, em geral, teve seu tamanho médio reduzido, o que se traduz num menor número de pessoas disponíveis para os cuidados com os dependentes. Além disso houve o aumento do número de membros familiares trabalhando fora do lar.

Nesse quadro instável, o cuidado de um PTM torna-se ainda mais dramático para o principal provedor de serviços na família, levando em consideração a análise de suas edificações domiciliares nos lares mais empobrecidos, caracterizados pelas más condições sanitárias e o número reduzido de cômodos.

Todavia, no Brasil, a família é vista como balizadora das relações sociais da identidade social e da reprodução biológica e ideológica (VASCONCELOS, 2000). O Estado se abstém dos provimentos de serviços sociais enquanto concentra suas ações em segmentos mais expressivos econômica e politicamente, tornando a população de baixa renda clientelista, oferecendo as políticas sociais de forma assistencialista e seletiva. A este segmento resta, desta forma, a solidariedade social (VASCONCELOS, 2000).

Assim, no Brasil, as famílias pobres, para suportarem todas as funções que lhe são atribuídas e enfrentarem situações de risco social, valorizam-se, apoiando-se nas relações de parentesco, atuam na rede, no cerne de uma ética de obrigação recíprocas guiadas pelo dar-receber-retribuir (SARTI, 1996, apud, VASCONCELOS, 2000, p. 279).

Traduzindo-se, assim, de forma completamente deficitária o atendimento domiciliar ao PTM. De certa forma ele já é visto como grande causador de crises na estrutura familiar. Há que se considerar, ainda, que a incógnita na busca de compreensão e de estratégias de cura, vem agravar ainda mais as já precárias condições do grupo familiar, à medida que impõem cuidados específicos e atenção

integral, tanto do ponto de vista emocional como do material (VASCONCELOS, 2000).

Neste quadro de pobreza, a família brasileira busca sobreviver e dividir com o Estado os encargos dos cuidados com seu ente enfermo.

3.2.2 A Família e a Cidadania do Portador de Transtorno Mental

Neste trabalho aborda-se cidadania neste caso do portador de transtorno mental e a família como articuladora da proteção deste direito garantido, seja ele de ordem social, política, civil ou humana. Para uma melhor compreensão do tema cidadania procura-se evidenciá-la e contextualizá-la no decorrer da apresentação, levando em consideração o trabalho do assistente social na garantia, defesa e ampliação de direitos dos cidadãos portadores de transtorno mental.

A cidadania oriunda da Antigüidade Clássica e pensada nos moldes daquela época, ganha novos moldes e contornos no século XVIII do ocidente europeu, nos primórdios do Estado moderno. Como expõem Martins (1998), em trabalho apresentado a Universidade Federal Fluminense, esta foi considerada por muitos como mero capítulo da Revolução Francesa – a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão – ou então tratado como tema exclusivo de países centrais nos quadros da Revolução Industrial. Em termos clássicos, a cidadania pressupõe uma abstrata igualdade jurídico-política, numa concepção individualista do mundo, própria do credo liberal.

Sua versão corrente imagina um conjunto de direitos civis e políticos (os direitos sociais costumam ser omitidos) e os correspondentes deveres do indivíduo, em seu pertencimento a um Estado, universo em que o cidadão detém a faculdade de exprimir sua vontade política, nos termos da democracia formal. Seriam as excelsas virtudes políticas da cidadania! E

cabe ao Estado, guardião dos direitos, a organização dos espaços de sua institucionalização (MARTINS, 1998, p. 17).

Norberto Bobbio (1992), retoma a classificação dos direitos humanos em direitos civis, políticos e sociais.

Os primeiros dizem respeito ao indivíduo – liberdade pessoal, liberdade de pensamento, religião, de reunião e liberdade econômica. Os direitos políticos vinculam-se ao Estado democrático – o voto, a representação, os partidos. Os direitos sociais expressam as exigências da sociedade industrial – direito ao trabalho, à assistência, ao estudo, à saúde, enfim, direitos que, também pertinentes ao Estado, garantam aos cidadãos uma situação de certeza (1992, apud, MARTINS, 1998, p. 18).

Entretanto, pode-se afirmar que *“ser cidadão significa ter direitos e deveres”*, (COVRE, 1991, p. 9), estando esta afirmação descrita na Carta de Direitos da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, que teve matrizes marcantes fundamentadas nas cartas de Direitos dos Estados Unidos (1776) e na Revolução Francesa (1798), apresentando como proposta de cidadania o que descreve Covre (1991):

Sua proposta mais funda de cidadania é a de que todos os homens são iguais ainda que perante a lei, sem discriminação de raça credo ao cor. E ainda: a todos cabem o domínio sobre seu corpo e sua vida, o acesso a um salário condizente para promover a própria vida, o direito à educação, à saúde, à habitação, ao lazer. E mais: é direito de todos poder expressar-se livremente, militar em partidos e sindicatos, fomentar movimentos sociais, lutar por seus valores. Enfim, o direito de ter uma vida digna de ser homem (COVRE, 1991, p. 9).

Sendo estes os direitos dos cidadãos, Covre (1991), apontando que a constituição é tida como grande arma de defesa dos direitos na conquista de propostas mais igualitárias para todos os cidadãos. Esta lembra que só há cidadania se houver a prática de reivindicação para assim fazer valer os direitos. Deste modo, Covre (1991), conclui que a cidadania é o próprio direito à vida em sentido pleno. E que este se trata de um direito que precisa assim ser construído coletivamente,

dando acesso a todos os níveis de exigência, incluindo o papel do homem no universo, e não só em termos de atendimento às necessidades básicas.

A cidadania sempre esteve presente na história do homem, onde o Estado deveria garantir a todo ser humano, enquanto cidadão, igualdade perante a lei, direito ao trabalho, à educação, a um mínimo de conforto material – esse deveria ser um direito indiscutível – mas tornou-se o acesso limitado, não atendendo àqueles que se encontram distantes da legitimidade civil, política e social.

Assim, o grande desafio é, além de incorporar novos direitos aos já existentes, integrar cada vez um número maior de indivíduos ao gozo dos direitos reconhecidos, enfrentando as desigualdades sociais.

Para Gentilli (1998), a categoria cidadania:

Emerge ao se verificar que a garantia do acesso dos usuários a certos benefícios e programas institucionais dependia muito da interferência dos assistentes sociais. Inferi daí que a importante tarefa política realizada pela profissão, em seu âmbito, refere-se às questões civil, econômico-social e política (GENTILLI, 1998, p. 13, apud DE JESUS, 2002, p. 31).

Para este trabalho adota-se o conceito de cidadania por Vaidergorn (2000), que define:

A concepção de cidadania se apoia nas relações do indivíduo com o Estado, com o mercado e a comunidade. E como identidade social dos indivíduos, a cidadania é o instrumento institucional que visa corrigir as diferenças instituídas pela sociedade de privilégios, nos quais prevalecem antagonismos de classes (VAIDERGORN, 2000, p. 60, apud DE JESUS, 2002, p. 31).

A partir da promulgação da constituição de 1988 é que se evidenciaram estudos dedicados ao problema da cidadania. No entanto, é ainda no Brasil, objeto de grandes mal-entendidos, que se devem à imprecisão conceitual de seu significado (DE JESUS, 2000).

Em relação à família e à cidadania do portador de transtorno mental abordada neste trabalho, tem-se a família *“de um lado como vocalizadora das necessidades do PTM, e de outro lado, no plano jurídico, como tutora do PTM junto à família e, principalmente ao cuidador, cabem a defesa da cidadania do PTM”* (ROSA, 2003, p. 331). Neste caso, como aponta Rosa (2003), estabelece-se uma relação singular com a cidadania, já que esta originalmente se refere à relação do indivíduo com determinado Estado, na situação do PTM esta relação tende a ser mediatizada por um terceiro ente.

Como referido acima, a cidadania é constituída no plano político social. Ela é luta e processo de incorporação de novas categorias aos direitos já existentes. Neste sentido percebe-se que a cidadania sofre mutações, apropriações e transformações. Quanto a cidadania do portador de transtorno mental, esta se inscreve na luta pelo direito das minorias não apenas por estes direitos civis e políticos, mas por uma cidadania que abarque a dimensão da subjetividade e da desrazão do PTM (ROSA, 2003).

Norberto Bobbio (1992, apud, ROSA, 2003), em análise da tensão entre os diferentes direitos de cidadania, no que interessa a este estudo, refere-se a tensão entre direitos civis e sociais.

Através desta análise tem-se que os direitos civis surgiram exatamente pela afirmação das liberdades individuais, contrapondo-se ao poder absoluto (Estado). Sendo assim, o seu exercício impõe a exigência da abstenção por parte do Estado de determinadas ações reguladoras sobre o indivíduo. Os direitos sociais consistem na participação, no mínimo, do bem estar produzido pela sociedade, *“os quais não são tão universais quanto se supõem”* (ROSA, 2003, p. 332). Como cada sociedade tem seu próprio padrão de bem estar, torna-se mais difícil sua defesa, implicando,

assim, determinados poderes por parte do Estado, requerendo, desta forma a presença do mesmo, que passa a intervir na vida dos indivíduos, limitando sua liberdade.

Assim, Bobbio (1992, apud ROSA, 2003), afirma que a relação entre direitos civis e sociais tem se mostrado antinômica no sentido que o desenvolvimento destes não pode proceder paralelamente, pois a realização plena de uns, acaba por impedir a realização integral dos outros.

Essa situação de antinomia é percebida claramente no tratamento de paciente com transtornos mentais graves, onde o seu quadro necessita de internação integral em hospital psiquiátrico e a obtenção de tal assistência implica na perda da liberdade e do controle e gerência integral de sua vida pelo serviço de saúde. Da mesma forma acontece no meio familiar onde o convívio com o PTM tende a ser permeado de dependência parcial ou total do mesmo, assim invadindo a sua privacidade e liberdade em nome de sua proteção (ROSA, 2003).

A relação da família com o PTM se constrói no interior de relações dadas dentro das quais a família influencia e é influenciada. A família se apropria das condições dadas e as ressignifica conforme suas necessidades e leitura da realidade social (ROSA, 2003, p. 335).

Sendo assim, a cidadania do portador de transtorno mental, ainda longe de ser uma cidadania plena, passa a ser condicionada aos cuidados da família e da entidade de atendimento que, ao mesmo tempo em que protegem e garantem o direito de ser cidadãos dos PTM, acabam por cercear seus direitos de exercer sua plena cidadania.

3.2.3 Serviço Social a Intervenção na Família em Saúde Mental

A atuação do serviço social junto às clínicas de tratamento e hospitais psiquiátricos vem sendo uma das mais tradicionais atividades do Serviço Social, que se iniciou no Rio de Janeiro, na década de 50, como salienta Pereira (2000), e uma das que mais resistiu ao tempo, visto que esta prática encontra-se presente em muitas clínicas psiquiátricas, principalmente as privadas.

Assim, pode-se dizer que a demanda inicial para o Serviço Social tinha, também, um viés comunitário, extra-hospitalar. Mesmo dentro das Instituições era visto como aquele profissional potencializador de mediações (PONTES, 1995, apud, ROSA, 2003, p. 221). Desta forma veio se fortalecendo a relação do Serviço Social com a família, já que desde sua origem atingia a relação do indivíduo com a mesma.

Dentro desta realidade, os familiares e amigos dos PTM, ganharam visibilidade sobre o trabalho de intervenção do assistente social, principalmente como fonte de informação acerca dos dados sócio-econômicos, hereditários, físicos e emocionais, os quais são de fundamental importância para a construção da história de cada paciente. Assim, o assistente social trabalhava de forma a dar atenção temporária durante a internação e a alta hospitalar, no sentido de dar uma atenção especial ao PTM na sua reinserção social e familiar.

No entanto, o trabalho do assistente social, na maioria das vezes de imediato e no cotidiano, se dava direta e preponderantemente com a família, com a realização de entrevistas, atendimentos, reuniões, contatos telefônicos e visitas domiciliares (ROSA, 2003).

Nestes casos, ao mesmo tempo em que o assistente social trabalhava na reinserção do PTM no lar e na família, ainda cuidava dos interesses da instituição, garantindo a reciclagem rápida dos leitos para novas internações.

Pereira (2000), trata o trabalho do assistente social como “*porta de entrada e saída*” de tais clínicas, visto que estes participavam da chegada do paciente através de entrevista e análise do caso do paciente e da família; e da saída, participando das orientações e encaminhamentos para alta e reinserção deste no lar, destacando-se como intermediário da relação entre a família e a instituição, a família e o usuário e/ou o usuário e o mundo exterior do hospital, como também intermediário entre a família e o corpo médico e a instituição como um todo.

Em tais atividades Pereira (2000), destaca que os assistentes sociais trabalham subordinados as demandas psiquiátricas e isolados das demais equipes, além de atender também as demandas pontuais dos usuários e seus familiares.

Entre tais demanda Pereira destaca:

- no momento da internação – o assistente social deveria entrevistar os responsáveis pelo usuário, prestar informações sobre o hospital, suas regras, horários de visita etc. deveria também, segundo o método do Serviço Social de Casos, levantar informações sobre o usuário e a família.
- durante a internação – caso o médico solicitasse a presença de familiares por algum motivo, ou o próprio usuário, para requisitar mais visitas ou algo de que estivesse necessitando.
- no momento da alta hospitalar – caberia ao Serviço Social a função de contatar os familiares e prepará-los para a alta do usuário, ou acompanhar o usuário até sua residência, caso a família não viesse buscá-lo no hospital (PEREIRA, 2000).

Assim, nos casos mostrados por Pereira (2000), o assistente social agia como intermediário nas relações entre usuários e sua família. Neste modelo de trabalho convencional, em geral, o número de profissionais atuando era reduzido, acabando por sobrecarregá-los. Com isso sua atuação ficava muito limitada; o profissional não

se engajava em atividades mais aprofundadas, tanto dentro quanto fora da instituição. Essa situação, como descrito por Pereira (2000), tendeu a se modificar, principalmente nos serviços mais ligados às orientações da reforma psiquiátrica, quando os profissionais de Serviço Social puderam perceber sua posição privilegiada para criar novos projetos de intervenção.

Outro ponto de análise citado por Rosa (2003), se dá na capacitação dos assistentes sociais para trabalhar junto à área de saúde mental, o que se constitui num dilema dentro da profissão. Rosa (2003), aponta que os profissionais se ressentem desta formação acadêmica mas, de outro lado, a formação do Serviço Social é generalista e a discussão da subjetividade no meio da profissão encontra-se recalcada, dessa forma, o treinamento em serviço social, o autodidatismo e o bom senso é que suprem estas necessidades.

Desta forma, percebe-se os avanços do Serviço Social em trabalhos prestados dentro das Instituições psiquiátricas. Para tanto, nota-se também que as necessidades de aprofundamento profissional notados por Rosa (2003), se aplicam para todas as formações acadêmicas de Serviço Social num âmbito nacional. Esta ainda justifica o desempenho dos profissionais desta área por terem uma formação generalista, mas até que ponto este aprendizado autodidata poderá suprir as necessidades dos pacientes na área da saúde mental?

4 INSTITUIÇÃO

Considerando que o estudo sobre o tema “ O Serviço Social e a Importância da Família no Tratamento do Portador de Transtorno Mental” surge, inicialmente, com a inserção deste pesquisador no Centro de Psiquiatria Instituto São José, local da realização do estágio obrigatório, apresenta-se breve histórico da Instituição.

4.1 Apresentação da Instituição

O Instituto São José LTDA – Centro de Psiquiatria, fica localizado na Rua Antônio Ferreira, 113, Centro – São José, no Centro Histórico da cidade de São José, em Santa Catarina. Situa-se em uma colina com 4.000 metros quadrado de área construída, distribuído em 15.000 metros quadrada de terreno.

Trata-se de um Hospital Psiquiátrico privado¹, o qual mantém diversos conveniados, entre eles o SUS (Sistema Único De Saúde). Entre os convênios firmados pela Instituição destacam-se: Assefaz, Cassi, Capesaúde, ECT, (correios), Eletrosul, Elos Saúde, Funcef, Geap, INCRA e Servmed

Tendo capacidade de leitos para 169 pacientes, a instituição atende homens e mulheres catarinenses e de outros Estados na faixa etária a partir de 15 anos (com autorização dos pais ou juizado de menores), até pacientes geriatras, entre eles, pacientes portadores de transtornos mentais e dependentes químicos.

¹ (Carvalho e Guará, *op. cit.*: 18) são redes que, por serem de caráter privado, seguem as leis do mercado, oferecendo seus serviços mediante pagamento. Embora acessíveis a uma parcela restrita da população, estas redes costumam estender-se, via convênio, aos trabalhadores do mercado formal.

Conforme podemos observar no quadro que segue, grande parcela destas vagas ficam reservadas aos pacientes do SUS:

Tabela 2: Tabela de número de leitos do C.P.I.S.J.

SUS	N. ° de Vagas.	Particular	N. ° de Vagas.
Psiquiatria Feminina	49	Unidade mista Psiquiatria Feminina e Dep. Químicos Femininos.	15
Psiquiatria Masculina	29		
Dependência Química (masculino)	37	Unidade mista (psiquiatria masculina e feminina, dependência química masc.)	39
Total	115	Total	54

Fonte: vagas SUS e particular de atendimento. Fonte primária C.P.I.S.J.

O Instituto São José foi classificado em primeiro lugar em Santa Catarina pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). O percentual obtido pelo Instituto foi de 92.54% - Classe II. O índice mínimo para aprovação é de 61%. A média estadual foi de 73.53%. Participam da avaliação 17 entidades.

4.1.1 Caracterização da Instituição e do Serviço Social

4.1.1 Instituto São José

O Instituto São José foi inaugurado pela iniciativa de cinco médicos no dia 25 de maio de 1968. A princípio tratava-se de uma pequena casa, um antigo convento Franciscano, com intuito de tratar pacientes com transtornos mentais. Gradativamente, nestes mais de trinta anos de existência, o Instituto, estendeu-se a outras unidades, tornando-se referência como um dos mais modernos complexos de Santa Catarina no tratamento de transtornos mentais e dependência química.

A instituição oferece uma quadra de esportes polivalente, área coberta com lanchonete e churrasqueira, espaço com salas de oficina terapêutica, de grupo de terapia e de psicologia, ambulatório com três consultórios e sala de espera, estacionamento e ainda uma área onde se encontram as salas da diretoria e administração e sala de reuniões com TV e vídeo. Dispõe de acomodações semiprivativas, quartos individuais, apartamentos e suítes, além de área de estar, leitura e lazer.

O Instituto tem como objetivo principal assistir os portadores de transtornos mentais e de comportamento, *“valorizando-se a criação e difusão do conhecimento, com base no fato de que aspectos médicos e psico-sócio-culturais participam na gênese, no tratamento e na reabilitação para a saúde”* (FONSECA, 2001, apud, KAWALL, 2002, p. 3).

Para alcançar os objetivos traçados, o Instituto São José adota os princípios de: *valorização do ser humano; ética profissional; uso do preceito científico; respeito aos preceitos legais e o compromisso social*. Tem como missão promover a qualidade de vida, praticando a assistência integral à saúde, apoiada em princípios técnicos, éticos e humanos, visando a satisfação dos clientes, colaboradores e comunidade.

A filosofia seguida é eleger cliente e comunidade como centro das atenções da instituição, atendendo-os com qualidade crescente, visando a satisfação plena das suas necessidades e expectativas, bem como a busca constante da expansão hospitalar com direcionamento para os serviços que busquem a melhoria da qualidade de vida, através do estabelecimento de parcerias na utilização de tecnologia de ponta.

O Instituto São José é um centro ativo de tratamento do cliente, de orientação à família e difusão de conhecimento. O hospital atende nas áreas de internamento integral e parcial, ambulatório, consultórios e serviços assistenciais e educacionais abertos à comunidade com múltiplas atividades individuais e de grupo.

Atendendo a todos os tipos de dependência química e transtorno mental, o Instituto São José dedica especial atenção aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos na gênese e na evolução da doença, o que permite uma abordagem reabilitadora.

Conta com uma equipe multiprofissional qualificada composta por treze médicos, três assistentes sociais, três psicólogos, cinco enfermeiros, duas terapeutas ocupacionais, uma nutricionista, um condutor em dependência química, um farmacêutico, auxiliares de enfermagem e estagiários, administradores, equipe de limpeza e manutenção. O atendimento é prestado 24 horas. Estes profissionais atendem a diversos programas como:

- ⇒ assistência aos transtornos mentais;
- ⇒ serviços de ambulatório;
- ⇒ atendimento médico, particular e convênio, individual e em grupo, na psiquiatria e clínica médica;
- ⇒ programa Hospital – Dia;
- ⇒ programa Hospital – Noite;
- ⇒ acompanhamento terapêutico e
- ⇒ programa de psiquiatria geriátrica.

4.2 O Serviço Social no Instituto São José

O departamento de Serviço Social foi implantado na Instituição em fevereiro de 1972, ou seja, quatro anos após esta haver sido fundada. Tinha como objetivo principal, auxiliar no tratamento psiquiátrico sanando problemas que dificultassem ou impedissem o tratamento médico. Na época, havia apenas uma assistente social na entidade. Desde então, o trabalho do assistente social foi aperfeiçoado dentro da instituição e subdividido. A princípio atuavam quatro assistentes sociais. Duas entre o setor de psiquiatria feminino e masculino; outra para o setor de alcoolismo; e a quarta atuava na administração.

Hoje em dia, o Serviço Social no Instituto São José, é bastante valorizado e conta com o trabalho de três assistentes sociais que atuam uma no Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), outra na área de Psiquiatria e a terceira na área de Dependência Química. As profissionais desenvolvem inúmeras atividades voltadas à comunidade, às famílias dos internos, aos funcionários e aos pacientes. A diretriz básica que fundamenta o trabalho do Serviço Social na Instituição está direcionada ao atendimento dos pacientes, buscando a saúde física e mental enquanto serviço e direito do usuário.

A prestação de cuidados de saúde é, essencialmente, um serviço público, no sentido mais simples e objetivo de ser uma atividade de interesse do público, já que a todos interessa, num ou outro momento da vida, valer-se de tais cuidados.

O direito à saúde, conforme a Constituição Federal, no Art. 196, garante:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Sendo justamente isso que busca e procura consolidar o profissional de serviço social.

Analisando o trabalho dos assistentes sociais do Instituto São José, percebemos a prática voltada à orientação e ao encaminhamento dos pacientes no acesso de seus direitos sociais, tais como: assistência, saúde, convívio social e familiar.

Embora o serviço social desenvolva suas atividades em três setores distintos dentro da Instituição, sendo eles o SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente), Serviço Social da Dependência Química e Serviço Social da Psiquiatria, neste trabalho focaliza-se as atividades desenvolvidas pelo último, uma vez que desenvolve-se nesta área e o trabalho em questão trata da importância da família no tratamento do portador de transtorno mental.

4.2.1 O Serviço Social da Psiquiatria

Ao tratar do Serviço Social em seu desenvolvimento mediante o atendimento de pacientes psiquiátricos do Instituto São José, percebe-se que este concorda com o embasamento teórico no que diz respeito ao Serviço Social englobar o universo de expressões de desigualdades sociais que acarretam nas questões sociais. Pois, de certa forma, as pessoas em seu dia a dia experimentam situações características da questão social, estejam elas relacionadas ao trabalho, à saúde, à família, à habitação, à comunidade em geral. Com relação a profissão lamamoto (2001), ressalta:

Em síntese, o serviço social é considerado como uma especialização do trabalho e a atuação do assistente social uma manifestação de seu

trabalho, inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social (IAMAMOTO, 2001, p. 27).

Assim, o profissional de serviço social no Instituto São José trabalha com as múltiplas expressões da questão social, dentre elas destacando-se aqui a importância de seu trabalho junto ao PTM.

O Serviço Social da Psiquiatria no ISJ tem como função o atendimento e o suporte para os pacientes da psiquiatria, bem como para seus familiares. Através de palestras, entrevista, atendimento individual e em grupo, a assistente social do setor busca informar os pacientes da psiquiatria e seus familiares sobre normas do Instituto São José, rotina do tratamento, organização, visitas e faz a mediação entre a equipe técnica, o paciente e a família. Este profissional tem também como responsabilidade participar como palestrante do PROFAM (Programa de Família), onde esclarece para pacientes e amigos dos portadores de transtornos mentais características da doença e do tratamento.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo assistente social da psiquiatria destaca-se:

- entrevistas com familiares a fim de coletar dados da história de vida do paciente;
- levantamento de informações sobre a vida do paciente, elaborando relatórios e prontuários a fim de possibilitar tratamento e diagnóstico do mesmo;
- organização e realização de Reuniões de Família, programa educativo e de orientação que acontece semanalmente.
- atendimento familiar (individual), apoio e orientação na relação intrafamiliar durante a internação;
- encaminhamentos: internações, visitas, alta-pedido, etc;

- atendimento individual ao paciente internado, estabelecendo uma ponte de comunicação entre família-cliente-comunidade, para resolução de necessidades do cotidiano;
- atendimento por telefone sobre paciente internado;
- organização de visitas;
- contatos com a família sobre alta, prestando orientação para o acompanhamento pós-alta ou outros assuntos quando solicitado pela equipe;
- palestra, seminários educativos para clientes do SUS – Psiquiatria;
- grupo com pacientes nas unidades privadas;
- reuniões com famílias do SUS – Psiquiatria;
- participação das reuniões de equipe de multiprofissionais.

4.3 Demanda Atendida pela Instituição

A instituição atende homens e mulheres Catarinenses e de outros Estados na faixa etária a partir de 15 anos, (com autorização dos pais ou juizado de menores), até pacientes geriátricos, que classificam-se nas diversas classes sociais e possuem diversos níveis de instrução.

Com base nos dados coletados durante estágio curricular desenvolvido na Instituição, no período de fevereiro de 2003 a julho deste mesmo ano tem-se que o Centro de Psiquiatria possui uma capacidade de leito para 169 pacientes. dentre eles encontramos pacientes portadores de transtornos mentais e dependentes químicos. Grande parcela destas vagas ficam reservadas ao SUS, sendo que 44,7

% das internações mensais são reservadas ao atendimento de convênios e particulares, e 55,3 % são reservadas ao SUS.

A média mensal de internações é de 33 (trinta e três) pacientes na área de dependência química pelo SUS e 6 (seis) pacientes particulares e demais convênios. Na área da psiquiatria o número é de 80 (oitenta) pacientes internados pelo SUS e 51 pacientes dos demais convênios e particulares.

4.4 Instrumental Técnico Operativo

Para auxiliar a prática de intervenção junto aos usuários das Unidades Bertelli e Klain (SUS), do Instituto São José, e também auxilia como base para a realização da pesquisa, apropria-se do instrumental técnico operativo do serviço social através da:

- entrevista;
- diário de campo;
- observações;
- relatórios descritivos.

Tais instrumentos foram utilizados por esta pesquisadora durante o período de estágio junto ao Serviço Social realizado no C.P.I.S.J.

A entrevista trata-se de um instrumento do relacionamento profissional, baseado no diálogo, reflexão e ação. Segundo Menegasso [s.d.] [s.p.], a entrevista: *“Consiste num instrumento de conversa entre duas ou mais pessoas com o objetivo de compreender, identificar ou constatar uma situação determinada”*

É através de entrevistas semi-estruturadas que a Assistente Social busca conhecer como os sujeitos sociais vivenciam as múltiplas expressões da questão social. Esse instrumento permitiu a identificação do perfil sócio-econômico dos usuários do Instituto São José, facilitando tanto o diagnóstico social como a intervenção.

A observação participativa é utilizada como um instrumental de trabalho, considerada uma estratégia de campo que combina ao mesmo tempo a participação ativa com os sujeitos, a observação intensiva em ambientes naturais, entrevistas informais e análise documental. Ela permitiu conhecer não só a Instituição onde desenvolvi a intervenção como também os sujeitos inseridos na realidade institucional. Facilitou ainda a observação e a reflexão a utilização do diário de campo.

De acordo com Elza Maria Fonseca Falkembach [s.d.], diário de campo, consiste num instrumento de anotações, um caderno com espaço suficiente para anotações, comentários e reflexões, para o uso individual do investigador no seu dia a dia, tenha ele papel formal ou educador, investigador, ou não. Neste anotam-se todas as observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, sua reflexões e comentários. A utilização do diário de campo facilitou observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre os acontecimentos de um dia de trabalho.

O período de estágio realizado no Instituto São José oportunizou o trabalho de mediação entre as famílias, os pacientes e a Instituição, sendo que a mediação familiar é um método através do qual uma terceira pessoa, neutra e imparcial, ajuda as partes envolvidas em um conflito a restabelecerem sua comunicação para que possam construir um acordo que as beneficie mutuamente.

Destaco aqui, também, a importância da formação do profissional de serviço social na prática da mediação familiar.

A mediação familiar tem como objetivo:

- evitar que as partes tomem decisões precipitadas a respeito de seus conflitos;
- oportunizar que as soluções sejam encontradas pelas pessoas diretamente envolvidas e não decididas por outras;
- esclarecer as reais necessidades e interesses de todos os envolvidos, para que as soluções sejam satisfatórias e cumpridas através de acordos viáveis;
- ajudar os envolvidos a exercer sua livre capacidade de tomar iniciativas com responsabilidade, cooperação e respeito mútuo;
- favorecer maior flexibilidade dentro da organização e relações familiares.

O mediador é um profissional especializado em técnicas de comunicação, negociação e manejo de conflitos que vai auxiliar as partes a buscar novas alternativas para a solução dos problemas. Ele não necessita uma formação completa em direito e em psicologia, mas precisa conhecer essas disciplinas para compreender o que está em jogo em um conflito. O mediador necessita manter-se neutro e imparcial com relação ao que as partes decidirem, sem influenciar ou tomar partido de uma delas.

O assistente social se insere neste contexto como mediador pela sua formação profissional, o qual, durante esta, adquire conhecimentos e prática necessária para o desenvolvimento da mediação. Como refere lamamoto (2001, p. 63): "*...o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo Assistente Social ao longo do seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho.*"

Participam da mediação todos aqueles que, de alguma forma, estão envolvidos em conflitos familiares, tais como: separação ou divórcio; disputas de

guarda de filhos; reconhecimento de paternidade; adoção; brigas entre pais e filhos; entre irmãos; entre cunhados; entre filhos e novos cônjuges dos pais; envolvimento com entes familiares com problemas de saúde; e, em especial, no que se refere do estudo o familiar portador de transtorno mental, dentre outros.

5 PESQUISA JUNTO AS FAMÍLIAS DOS PACIENTES DO CENTRO DE PSIQUATRIA INSTITUTO SÃO JOSÉ

Considerando o objetivo geral deste trabalho, que é verificar a importância da família no tratamento do portador de transtorno mental, busca-se identificar e compreender o perfil sócio econômico dos pacientes, uma vez que tal situação incide diretamente sobre a dinâmica familiar.

Em estágio pude-se observar tal relação, bem como as dificuldades familiares no tratamento do PTM em função da situação sócio-econômica dos mesmos.

Tal pesquisa busca ainda:

- identificar o grau de escolaridade dos pacientes internados e o entendimento da família e do paciente sobre a doença mental.
- identificar de que forma se dá a renda familiar e qual a participação contributiva do paciente na mesma.
- analisar qual posição o PTM exerce no meio familiar e o número de internações pelas quais já passou.

Para melhor conhecer a realidade dos Portadores de Transtorno Mental atendidos pelo Centro de Psiquiatria Instituto São José, optou-se por desenvolver uma pesquisa que nasceu da prática de estágio realizada no período de fevereiro a julho de 2003, no período de estágio obrigatório, quando se propôs estudo da relação da família com o portador de transtorno mental através da participação do Programa da Família que é desenvolvido pelas assistentes sociais, para a possível contribuição que objetiva na melhoria da relação e na qualidade de vida dos pacientes portadores de transtorno mental internados no centro.

Através de um aprofundamento teórico bibliográfico, escolheu-se a abordagem qualitativa por entender-se que, através dela, poder-se-ia identificar sentimentos e possíveis significados de temáticas presentes nas abordagens em estudo.

Minayo (2000), destaca que a pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir sua legitimidade, mas ela, acima de tudo, se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. “Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” (MINAYO, 2000, p.21-22).

Para se ter uma noção quantitativa deste contingente, analisamos 30 (trinta) pacientes PTM internados no C.P.I.S.J., sendo 12 (doze) homens e 18(dezoito) mulheres. Através dos dados selecionados para a análise, objetiva-se construir um perfil sócio econômico dos pacientes PTM e a relação destes com as famílias, bem como a realidade social vivida perante o convívio com a doença.

Tal reflexão se torna particularmente significativa para nosso objeto de estudo nesta pesquisa: a melhoria da qualidade de vida dos internos e na relação familiar dos pacientes a partir da participação dos familiares no Programa de Famílias que é desenvolvido dentro do C.P.I.S.J.

Muitas pessoas temem a idéia de um familiar portador de transtorno mental, o que, de certa forma, é “natural” pois este provoca muitas mudanças no cotidiano do sujeitos. Além das mudanças econômicas sofridas pela família, ainda são acrescentadas as mudanças sociais, físicas e emocionais. Deste modo, destaca-se a importância de que os fatores que permeiam a relação entre familiares e PTM sejam trabalhados de forma a incorporar as dificuldades e dúvidas em relação ao transtorno no programa da família.

Na presente pesquisa buscou-se identificar as percepções dos familiares quanto a colocação do PTM no meio familiar, no que tange às suas vivências sobre a doença em si, seus aspectos positivos, negativos e seus significados no decorrer do processo de tratamento e a representação do grupo familiar na vida dos sujeitos pesquisados. Almejando-se, assim, contribuir para a reflexão e a compreensão do objeto de pesquisa.

5.1 Coleta de dados (técnicas utilizadas)

O método utilizado na coleta de dados para a realização da pesquisa foi a entrevista semi-estruturada que é aplicada aos familiares dos pacientes internados no centro de psiquiatria I.S.J. Tal entrevista é realizada pela assistente social a fim de conhecer a vida pregressa e realizar estudo social sobre os pacientes. Além da entrevista também foi elaborado um pequeno questionário que foi respondido através de conversas, pelos próprios pacientes, dentro de suas possibilidades.

As entrevistas foram realizadas com e assinadas pelos familiares ou responsáveis pelos internos, para garantir a confiabilidade das respostas. As entrevistas foram elaboradas em três partes distintas, a primeira requerer os dados pessoais como: escolaridade, estado civil, o número de filhos, a composição familiar, dados sobre os pais e irmãos, a procedência (município), profissão, situação de trabalho e religião. A segunda parte da entrevista se dá sobre os dados da vida pregressa dos pacientes como a infância, adolescência, o relacionamento familiar, seus hábitos e vícios e a terceira parte da entrevista fica o questionamento sobre a doença mental, como surgiram as primeiras crises, os tratamentos realizados, a

medicação utilizada, o número de internações sofridas e os seus antecedentes familiares que sofreram com algum tipo de transtorno mental.

5.2 Universo e amostra (caracterização da população)

PEREIRA (2002, p.92), destaca que o universo é denominado como “o conjunto total de elementos (indivíduos) com características comuns sobre o qual se faz um estudo estatístico” e a amostra pode ser definida como “um subconjunto da população, através do qual se forma um juízo sobre as características de todo o universo”.

A pesquisa foi aplicada no período de fevereiro de 2003 a julho do mesmo ano entre os familiares dos pacientes internados no Centro de Psiquiatria Instituto São José, com a intenção de formar um estudo social da vida familiar dos pacientes, utilizou-se, para tal pesquisa, uma amostra de 30 pessoas internas, que correspondem a aproximadamente 30% dos pacientes internados neste período no referido Centro neste espaço de tempo.

Dos sujeitos pesquisados, 12 são do sexo masculino e 18 são do sexo feminino e a faixa etária corresponde a aproximadamente 18 a 65 anos.

Para uma melhor abordagem dos dados e de como se encontrou características diferentes entre homens e mulheres, será dividida a amostragem da pesquisa em duas partes. Primeiramente, entre os sujeitos masculinos e em seguida a amostragem feminina.

Dentre os homens pesquisados, 25% deles não concluiu o estudo primário, 50% concluiu o primeiro grau e 25% chegaram a concluir o segundo grau. Quanto a renda familiar constatou-se que 40% deles é chefe de família e a renda é de

aproximadamente de 1000,00 (mil reais mensais), sendo que esta é a única renda de toda família. Através desta mesma pesquisa constatou-se que 25% é chefe de família e tem renda inferior a 500,00 (quinhentos reais); entre os internos, 10% deles encontra-se aposentado e os outros 25% encontram-se desempregado ou não possui renda alguma.

Com relação a situação de trabalho, 50% dos homens pesquisados não trabalha há pelo menos 6 meses e 40% deles há mais de dois anos, dentre os internos 10% dos pesquisados é aposentado por invalidez.

A idade dos pacientes homens relacionados nesta pesquisa é de 20 a 46 anos. Eles, em sua primeira internação, representam 30% dos pesquisados; outros 30%, representam pacientes com pelo menos três internações; na amostra pesquisada com pelo menos cinco internações representam 30% dos internos; e 10% de pacientes representam aqueles com mais de cinco internações no C.P.I.S.J ou outros Centros Psiquiátricos.

Para melhor ilustrar as características da amostra pesquisada, nas páginas a seguir, apresentam-se tabelas e gráficos dos perfis dos pesquisados:

Tabela 03: Amostra por Grau de escolaridade masculino

Séries Primárias	1º Grau Completo e Incompleto	2º Grau Completo e Incompleto
03	06	03

Fonte: dados primários.

DIVISÃO DA AMOSTRA POR GRAU DE ESCOLARIDADE MASCULINO

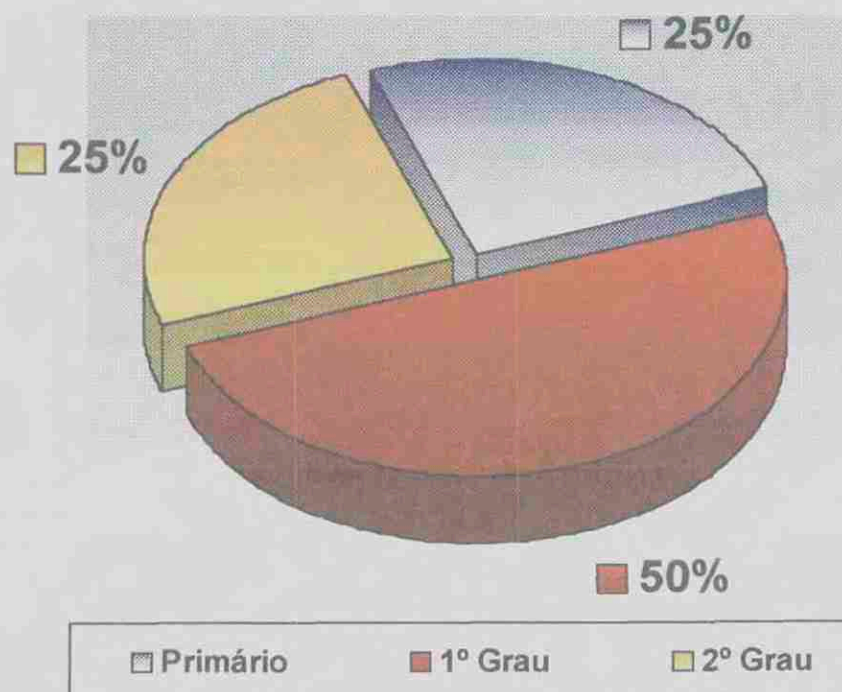


Ilustração 01: Amostra por Grau de escolaridade Masculino
Fonte: Dados Primários.

Tabela 04: Amostra por Renda Familiar Masculino

Chefe de Família com renda até R\$ 1000,00	Chefe de Família com renda inferior à R\$ 500,00	Aposentado	Não possui renda ou desempregado
05	03	01	03

Fonte: dados primários

DIVISÃO DA AMOSTRA POR RENDA FAMILIAR MASCULINO

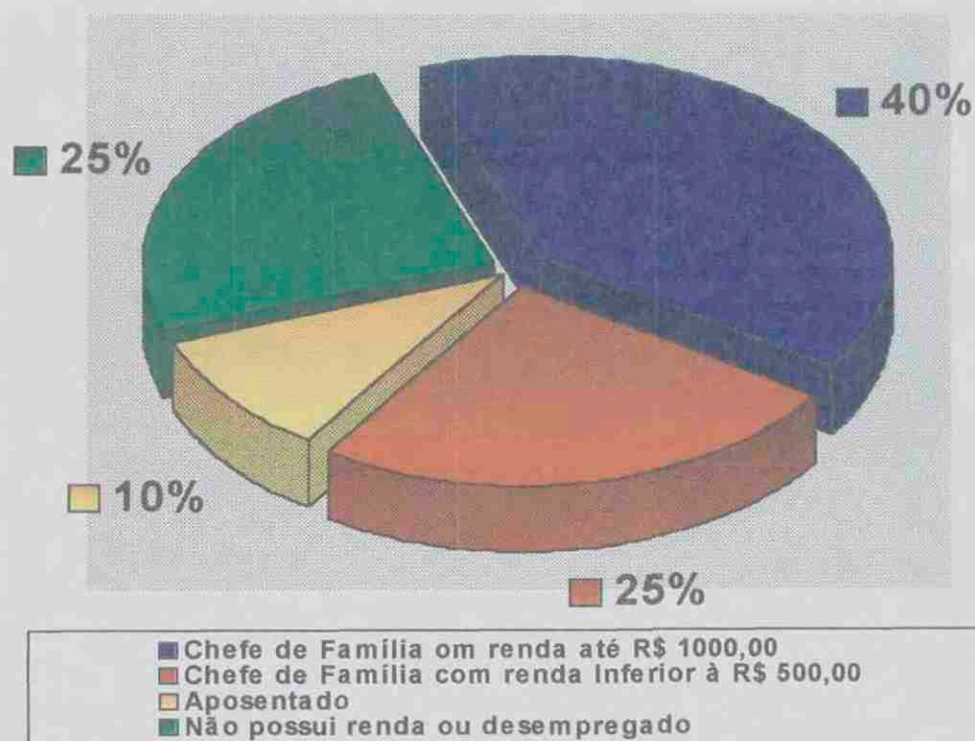


Ilustração 02: Amostra por renda familiar masculino

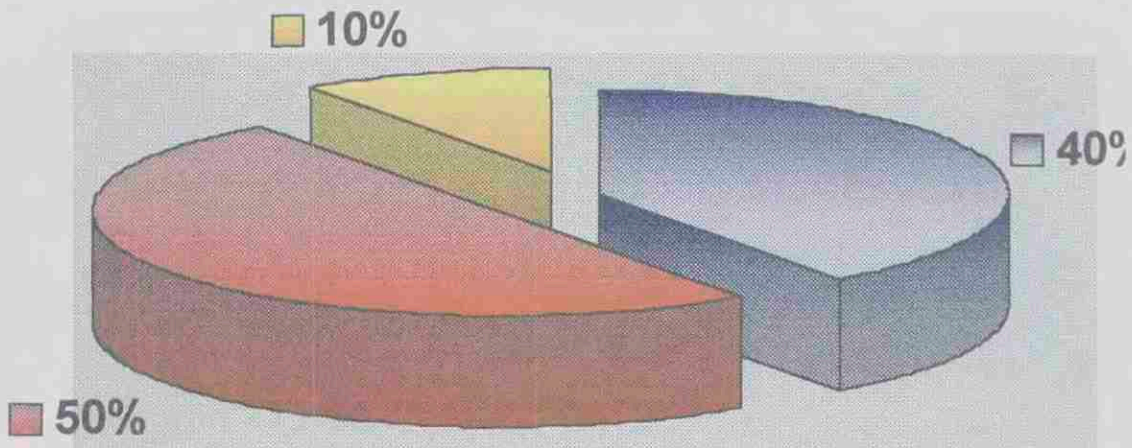
Fonte: Dados Primários

Tabela 05: Amostra por Situação de trabalho masculino

Não Trabalha há pelo menos 2 anos.	Não trabalha há 6 meses.	Aposentado por invalidez.
05	06	01

Fonte: dados primários.

DIVISÃO DA AMOSTRA POR SITUAÇÃO DE TRABALHO MASCULINO



■ Não trabalha há pelo menos 2 anos
■ Não trabalha há 6 meses
■ Aposentado por invalidez

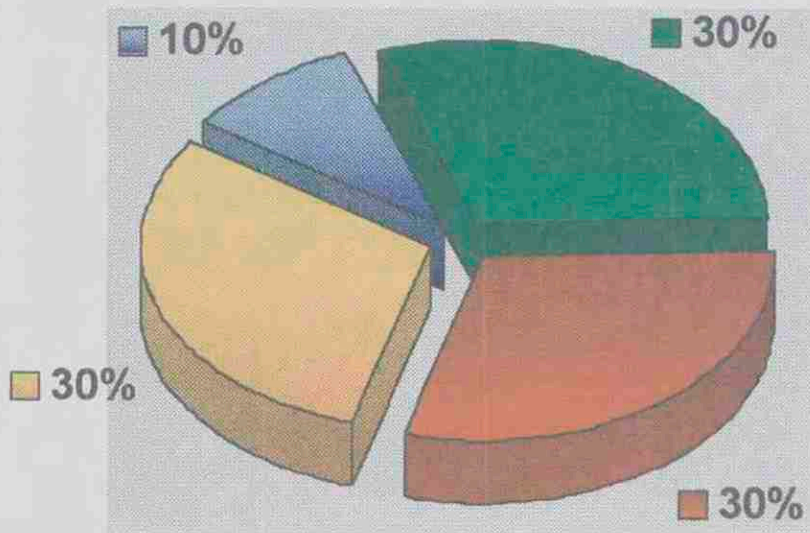
Ilustração 03: Amostra por Situação de Trabalho Masculino
Fonte: Dados Primários.

Tabela 06: Amostra por Situação de Internação Masculino

Pacientes que sofrem a Primeira Internação	Pacientes que já foram internados pelo menos três vezes	Pacientes que já foram internados pelo menos cinco vezes	Pacientes com mais de cinco internações
04	04	03	01

Fonte: dados primários.

DIVISÃO DA AMOSTRA POR SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO MASCULINO



- Pacientes de primeira internação
- Pacientes que já sofreram pelo menos três internações
- Pacientes com pelo menos cinco internações
- Pacientes com mais de cinco internações

Ilustração 04: Amostra por Situação de Internação Masculino

Fonte: Dados Primários.

Dentre as entrevistas realizadas com base na informações dadas pelos familiares das mulheres pesquisadas, constata-se que, quanto ao grau de escolaridade destas, 30% delas não concluiu o primário ou primeiro grau; 40% cursou parte ou concluiu o primeiro grau; 20% delas não concluiu o segundo grau; e 10% chegou a cursar o nível superior.

Quanto a renda familiar e questão de trabalho remunerado, 33% das mulheres pesquisadas são consideradas do lar ou não possui renda mensal; 27% encontra-se afastada do emprego há pelo menos 3 meses; 12% encontram-se afastadas há 6 meses; dentre as mulheres responsáveis pela renda familiar 22% ganha até R\$ 300,00 mensais e apenas 6% das pesquisadas têm renda acima de R\$ 500,00.

A idade das pacientes mulheres relacionadas nesta pesquisa é de 18 a 59 anos. Estas, em sua primeira internação, representam 30% das pesquisadas; 45% já foram internadas pelo menos três vezes; 25% já sofreram mais de seis internações. Outro dado coletado nesta pesquisa foi a situação civil entre as mulheres, sendo que 20% delas são solteiras; 35% são separadas de seus maridos ou viúvas; e 45% são casadas.

Para melhor ilustrar as características da amostra pesquisada, nas páginas a seguir, apresentam-se tabelas e gráficos dos perfis dos pesquisados:

Tabela 07: Amostra por Grau de escolaridade Feminino

Séries Primárias	1º Grau Completo ou Incompleto	2º Grau Completo ou Incompleto	3º Grau Incompleto	Grau
06	08	03	01	

Fonte: dados primários.

DIVISÃO DA AMOSTRA POR GRAU DE ESCOLARIDADE FEMININO

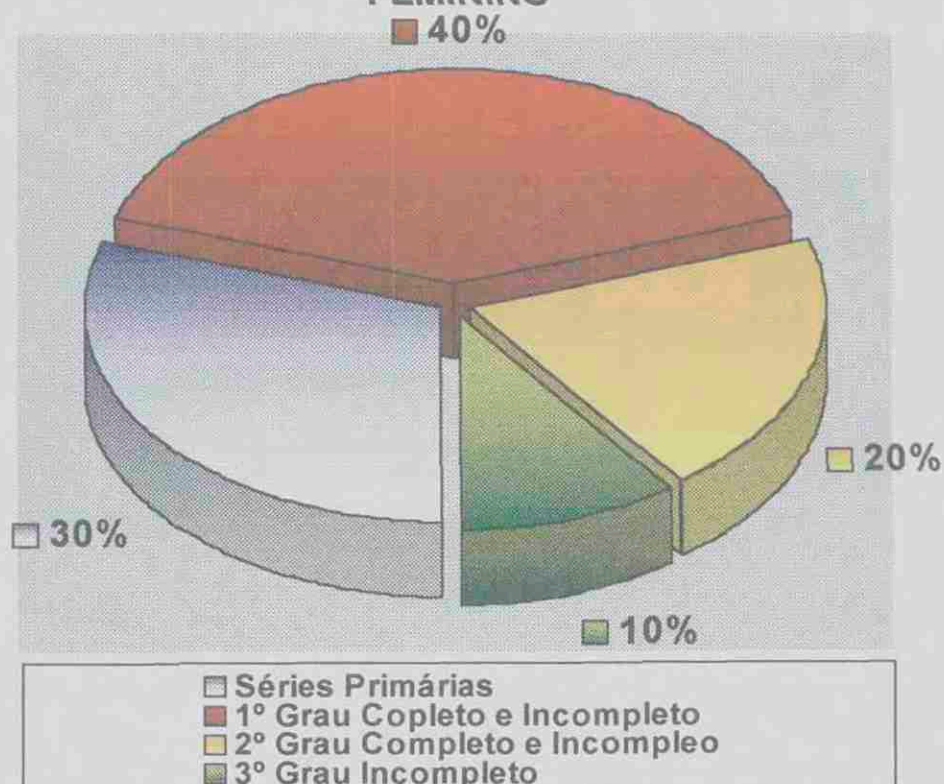


Ilustração 05: Amostra por Grau de escolaridade feminino.

Fonte: Dados Primários.

Tabela 08: Amostra por Renda Familiar Feminino

Do lar. Não possui renda	Afastada do emprego há pelo menos 3 meses	Afastada do emprego há pelo menos 6 meses	Chefe de família com renda até R\$ 300,00	Chefe de família com renda acima de R\$ 500,00
06	05	02	04	01

Fonte: dados primários.

DIVISÃO DA AMOSTRA POR RENDA FAMILIAR FEMININO



Ilustração 06: Amostra por renda familiar feminino

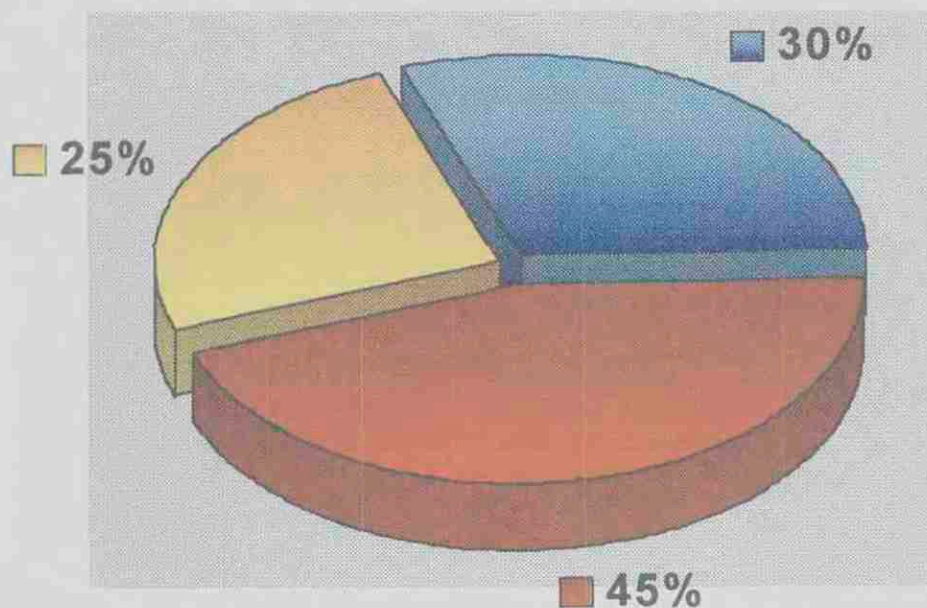
Fonte: Dados Primários.

Tabela 09: Amostra por Situação de Internação Feminino

Pacientes que sofrem a Primeira Internação	Pacientes que já foram internadas pelo menos três vezes	Pacientes que já foram internadas mais de seis vezes
06	08	04

Fonte: dados primários.

DIVISÃO DA AMOSTRA POR SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO FEMININO



- Pacientes de primeira internação
- Pacientes que já sofreram pelo menos três internações
- Pacientes com mais de seis internações

Ilustração 07: Amostra por Situação de Internação Feminino
 Fonte: Dados Primários

Tabela 10: Amostra por Estado Civil Feminino

Solteira	Separada	Casada
03	07	08

Fonte: dados primários.

DIVISÃO DA AMOSTRA POR ESTADO CIVIL FEMININO

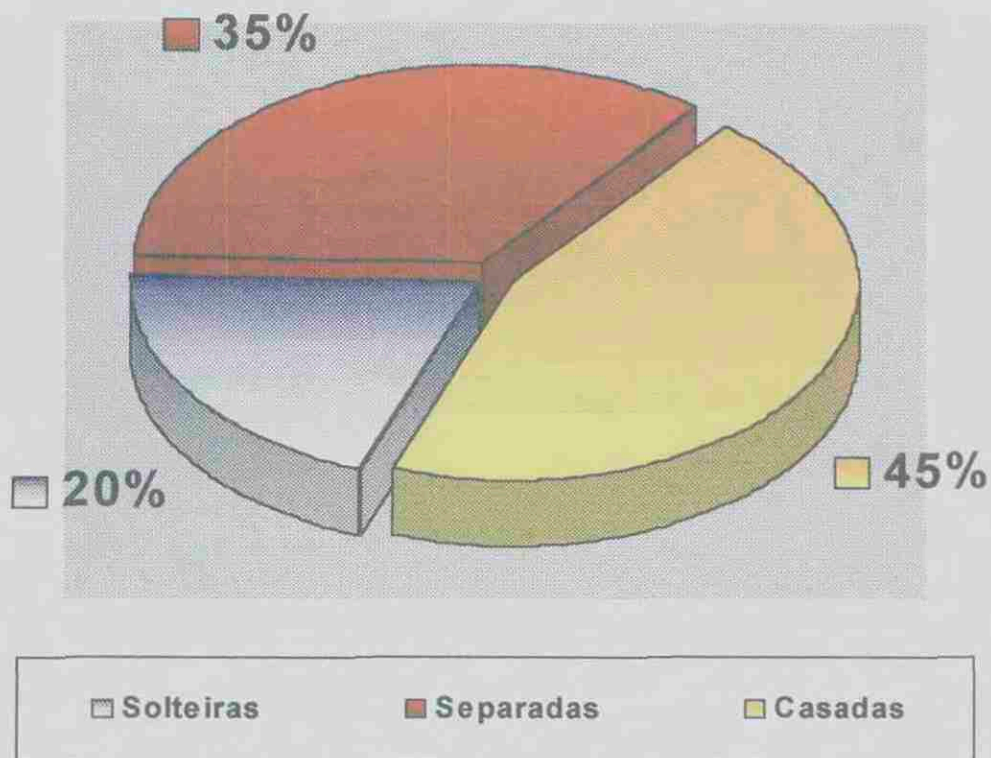


Ilustração 08: Amostra por Estado Civil Feminino.
Fonte: Dados Primários.

Através da presente pesquisa, pode-se perceber a diferença salarial existente entre os sexos no mercado de trabalho. Também pode-se comprovar como visto na

pesquisa apresentada por Rosa (2003), anteriormente o predomínio do acometimento do TM em mulheres envolvidas em relações matrimoniais.

Com relação ao mercado de trabalho dos PTM, vimos que a maioria destes não desenvolve trabalho remunerado ou encontram-se afastados dos mesmos. Com base na pesquisa mencionada por Rosa (2003), os portadores apresentam baixos níveis de escolaridade.

Porém, desta forma, pode-se através destes dados fundamentar questões relevantes ao desenvolvimento desta pesquisa.

6 CONCLUSÃO

Este estudo mostrou a importância da família junto ao tratamento do portador de transtorno mental e a forma como o Serviço Social pode contribuir nesta relação. Dentre os seus objetivos específicos destacou-se também a dimensão econômica e a relação familiar agravada pelo provimento de cuidados do PTM. Assim, foi possível analisar que o provimento é determinado pelas condições sócio-econômicas e históricas, sofrendo alterações conforme as mudanças societárias. Tratamos aqui, ainda, das expectativas geradas no meio familiar pela presença de um PTM, a sua "doença" e a esperança de uma cura definitiva desejada pela família.

Através da realização deste estudo, evidenciaram-se as políticas de saúde no Brasil, dando ênfase à abordagem histórica da saúde mental, visto que a loucura apresenta-se como um fenômeno social interpretado de diversas maneiras pela sociedade nas diferentes épocas.

Com o advento da industrialização, quando a ideologia religiosa perde o poder de explicação do mundo, é que os "loucos" são notados pela sociedade como um problema a ser solucionado. A partir desse momento passam a representar uma ameaça a nova ordem social imposta pela sociedade industrial. A solução dada a situação da loucura, eram as cadeias públicas e, posteriormente, os asilos e antigos leprosários.

No Brasil, só na passagem do período colonial para o republicano, depois de trezentos anos de discriminação e maus tratos aos PTM, é que eles passam a ser vistos como portadores de doença e objetos da medicina. No entanto, as instituições psiquiátricas da época eram consideradas como a extensão do poder policial. Os

maus tratos aos PTM foram marcados por uma política de limpeza das ruas, onde viviam a maioria dos deles.

Com o advento da República no Brasil, a loucura ganha contornos de doença e, a partir de então pode-se ver que os decretos e leis passam a apresentar o espírito de cada época, tomando formas legais no sentido de dar proteção, tratamento e garantia dos direitos aos PTM.

Para uma melhor compreensão das políticas de saúde, neste trabalho aprofundou-se a questão da saúde mental. A partir de uma análise histórica do sistema de saúde no Brasil e os processos que resultaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para obter a concretização do nosso objetivo geral, abordou-se, de forma detalhada, os processos familiares como meio de tratamento, cuidado e garantia dos direitos dos PTMs.

Lembrando que os grupos familiares são resultados de um processo de construção social, determinados pela época. Pois trata-se de uma construção humana que se consolida, se modifica e se transforma conforme a influência do meio social.

Pudemos compreender, também, como conceitua Ribeiro (1999), que as famílias atualmente não podem ser consideradas como nucleares, pré concebidas pela sociedade industrial, formadas por laços sangüíneos, marcadas pela figura de um pai de família, mãe e filhos, mas sim como sendo um espaço onde se reconstroem as relações de gênero, buscando o equilíbrio da convivência em família. Sendo assim, Ribeiro (1999), destaca que nestas novas relações encontram-se famílias constituídas apenas por homem/mulher, sem filhos, ou famílias extensas, nas quais encontrou-se a convivência de várias gerações, ligadas por laços

sangüíneos ou afetivos, uniões homossexuais, união de casais vindos de casamentos rompidos e relações de amizade.

Então, para chegarmos há compreensão dos processos familiares, precisou-se desmistificar a família pré concebida para, assim, entendê-la associada ao contexto social no qual esta se insere.

Ao analisar a família brasileira constatamos a existência de vários tipos de famílias desde o período da colonização e, então, verificaram-se as diversas transformações que historicamente este grupo sofreu, influenciadas por mudanças econômicas, jurídicas, políticas, culturais e demográficas.

As mudanças da sociedade e sobretudo as mudanças na organização internas das família, tais como o trabalho feminino extraluar, a diminuição no tamanho do grupo familiar e o envelhecimento populacional, acabam por representar um menor número de pessoas disponíveis aos cuidados de um possível PTM no lar. Estas situações tendem a remeter essas e outras funções reprodutivas à sociedade em geral.

Por sua vez, o estudo realizado permitiu identificar, na prática com os pacientes como questões relevantes no provimento dos cuidados familiares aos PTM os seguintes aspectos:

- que o provimento dos cuidados domésticos ao portador de transtorno mental é um encargo predominantemente feminino, remetido à família de origem. Tem como determinantes históricos a divisão sexual e etária do trabalho no grupo familiar;
- a questão do provimento de cuidados aos PTM sobrecarrega e compromete a saúde e a individualidade do cuidador;

- o provimento de cuidados produz ônus subjetivo e econômico para o grupo e o cuidador;
- o agravamento dos cuidados pela necessidade do cuidador desenvolver trabalho extraluar, indisponibilizando parte do seu tempo de cuidado ao PTM na geração de renda familiar.

Pudemos ainda comprovar que a mãe, na maioria das vezes, é a principal cuidadora do PTM. Percebe-se, assim, que o cuidado fica contido à esfera das obrigações “naturais” da família e às relações amorosas que são remetidas à esfera do não trabalho, da gratuidade, do pessoal, do feminino e do privado (ROSA, 2003).

Em pesquisa realizada no C.P.I.S.J, em período de estágio obrigatório, desenvolveu-se uma pesquisa sócio econômica entre os familiares dos PTM internados. Desta forma pudemos analisar de que forma o portador se insere no provimento da renda do grupo (se este participa ou não do provimento da mesma).

Através desta pesquisa constatou-se que a maioria dos grupos familiares entrevistados são classificados como sendo de classe média-baixa, com renda mensal média de R\$ 450,00. Nos casos em que o principal provedor do sustento familiar encontra-se em tratamento psiquiátrico, percebeu-se uma maior sobrecarga financeira pela falta da renda principal, assim os demais membros do grupo, na maioria das vezes, precisam se lançar no mercado de trabalho para garantir o sustento familiar.

Embora o entendimento sobre as funções do assistente social tenham evoluído, percebeu-se no campo de estágio, que as funções desempenhadas pelas assistentes sociais do I.S.J, são efetivas da mesma forma quando do surgimento da profissão.

Devido a importância dentre os dados apresentados e através do estágio realizado foi possível identificar a importância do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto às mães, maiores cuidadoras do PTM. Fica, a sugestão, que a entrevista seja realizada de forma mais simplificada, que haja um acolhimento para que a mesma não se sinta excluída do tratamento e para que o profissional de Serviço Social cumpra com eficácia a sua posição de mediador família/paciente em seu tratamento.

7 BIBLIOGRAFIA

- ALVES, F. L.; LIMA, T. C. S.. Relatório de Intervenção do Estágio: Centro de Saúde – Saco Grande. **Relatório Final de Atividades de Estágio**. Florianópolis: UFSC/DSS. Julho de 2003, mimeografado.
- BAHNIUK, Fabiana Ceris – **Organização do Trabalho e Saúde Mental: Um Estudo de Caso na Polícia Militar do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis, SC, Dezembro de 2002.
- BAPTISTA, Myrian Veras – **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação** / Myrian Veras Baptista – São Paulo : Veras Editora, 2000. – (serie livro-texto; 1)
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**: Texto Constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais n.º 1 a 6/94 – ed. Atual em 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRAVO, M. I. S.. A política de saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, M. I. S. Et. All (org.). **Capacitação para conselheiros de saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 2001, p. 21-28.
- CARVALHO, M.C.B. de **A priorização da Família na Agenda da Política Social**. In Carvalho, M.C.B. (org.) **A Família Contemporânea em Debate**. São Paulo, Educ, 1995.
- CÓDIGO DE ÉTICA DO ASSISTENTE SOCIAL. **Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 3 ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.
- COSTA Juarez Soares **Trabalho apresentado em Mesa Redonda do VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica**- Campinas, SP, em 14 de junho de 2002. Disponível em: www.sppc.med.br/mesas/juarescosta.htm. acessado em 25/10/03.
- COVRE, M. de L. M: **O Que é Cidadania.**, ed. 1ª., São Paulo, Editora Brasiliense, 1991.
- DE JESUS, Viviane Ricardo – **A TRIÁDE: SERVIÇO SOCIAL, SOCIALIZAÇÃO E ARTETERAPIA, UMALENTE PARA ANÁLISE DO PERFIL DOS PACIENTES**. Canoinhas, SC, Dezembro de 2002.
- FALKEMBACH, Elza Maria Fonseca. Documento sem Referencia [s.d.],
- IAMAMOTO, Marilda Villela, **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional** / Marilda Villela Iamamoto.- 5. Ed. – São Paulo, Cortez, 2001.
- Lei N.º 10.216**. Disponível em <http://www.paulodelgado.com.br/mental>. Acessado em 06 de agosto de 2002.
- LUZ, M. T.. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. In: **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Organização Panamericana de Saúde, 1995, p. 201-216.
- MARTINS, Ismênia de Lima et Al. (org.) **Historia e Cidadania**. In: Anais do XIX Simpósio Nacional de História – ANPUH. São Paulo: Humanistas Publicações, 1998.
- MENDES, E. V.. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995, p. 19-92.

MENEGASSO, Ester. **Entrevistas**, Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Serviço Social, Não paginado, [s.d.].

MERHY, E. E. **A saúde pública Como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 17ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. (Este é o que a gente usou na 6ª fase)

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Família e Saúde Mental**. *Katalysis*, 2. Ed. da UFSC, Florianópolis, 1998.

MIOTO, R. C. T. "**Família e Serviço Social: Contribuições para o Debate**" in *Serviço Social e Sociedade*, 57, (114-130), Cortez, São Paulo, 1997.

NORONHA, José Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. **AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde**. In: *Saúde e Sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABRASCO, 1995.

NOGUEIRA, R. P.. O trabalho em serviços de saúde. In: **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário – Projetos Gerais**. Brasília: Ministério da Saúde/ FNS/ SPS, 1995.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo - **ASPECTOS HISTÓRICOS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO BRASIL** - Mesa Redonda: Internações Psiquiátricas... Mal ou Bem Necessário? Data: 15/06/2002. Disponível em <http://www.sppc.med.br/mesas/anamariagaldini.html>. Acessado em 25/10/2003.

OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; COLVERO, Luciana de Almeida. **A saúde mental no programa saúde da família**. Programa saúde da família. **Última Atualização: 9/26/2001 8:48:04 AM**. Disponível em: http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema5/texto29_1.asp. Acesso em 17/10/2003.

Planejamento Estratégico do Instituto São José. Documento institucional interno. Relatório do trabalho de consultoria prestado ao ISJ no período de março de 2001 a dezembro de 2001 por GONZAGA – **Planejamento & Sistemas**. Florianópolis, 2001.

ISTOÉ, revista / 1572 (17/11/1999)

REIS, J. R. T. – **Família, Emoção e Ideologia In O Indivíduo e Instituições**, s. d..

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos, **Transtorno Mental e o Cuidado na Família** / Lúcia Rosa. – São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos, **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade** / Lúcia Cristina dos Santos, Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org.). – São Paulo: Cortez, 2000.

Revista Instituto São José. Documento Institucional de divulgação. Sem dados bibliográficos.

RIBEIRO, Maria Salete – **A Questão da Família na Atualidade** – Editoração: Maria Salete Ribeiro – Florianópolis, SC: Iosec, 1999.

SILVA, M. L. L.. **Previdência social: um direito conquistado**. São Paulo: SINTSPREV/MA/CUT, 1996.

TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário, **Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil** / Benilton Bezerra Júnior; Edith Seligmann Silva; Heitor Resende; João Ferreira da Silva Filho; Naomar Monteiro de Almeida Filho; Pedro Gabriel Godinho Delgado; Sherrine Maria Njaine Borges; Silvério de Almeida Tundis (org.) e Nilson do Rosário Costa (org.). – 7ª ed., Editora Vozes, Petrópolis, 2001.

VASCONCELOS, E. M. (org), **Saúde Mental e Serviço Social: O Desafio da Subjetividade e da Interdisciplinariedade**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____, **Orientações para organização da atenção aos portadores de transtornos mentais nos Estados e municípios, de acordo com as diretrizes NOAS-SUS 01/2001**. I Conferência de Saúde Mental da Grande Florianópolis, 2001.

_____, **Portaria MS 224**. III Conferência Estadual de Saúde Mental, 2001.

8 Anexos

A/C:

FAX:

ROTEIRO DE ENTREVISTA

ENTREVISTADO: (Nome / parentesco)

NOME DO PACIENTE E IDADE.

- 1- **SITUAÇÃO SOCIAL:** (Estado civil, nº de filhos e idade, composição familiar, dados sobre pais e irmãos, procedência (município), escolaridade (desenvolvimento escolar), profissão, situação de trabalho, religião).
- 2- **DADOS SOBRE INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.**
- 3- **DADOS SOBRE A DOENÇA MENTAL** (surgimento da 1ª crise, tratamento realizado e medicações utilizadas).
- 4- **INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS** (nº, onde, data da última).
- 5- **CRISE ATUAL** (início e comportamento apresentado).
- 6- **ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS.**
- 7- **RELACIONAMENTO FAMILIAR** (convivência/conflitos).
- 8- **HÁBITOS**
- 9- **VÍCIOS** (bebida, droga, cigarro).
- 10- **DADOS CLÍNICOS** (queixas, doenças, tratamento e medicação).
- 11- **DADOS COMPLEMENTARES**

INSTITUTO SÃO JOSÉ LTDA
SERVIÇO SOCIAL PSIQUIATRIA
FAX: 048 - 247-11.88
EMAIL: isaojose@zaz.com.br

Ficha sócio-econômica

Data: / /

Nome do paciente: _____

Idade: _____

Nome do informante: _____

Parentesco: *→ familiar*

1 – Estado Civil ()

() Solteiro () Casado () Viúvo () Amasiado

() Desquitado () Separado () Divorciado

2 – Procedência (Bairro/Município):

3 – Nível de Instrução:

() Não alfabetizado () Alfabetizado () 1ª a 4ª série

() 4ª a 8ª Série () 2º Grau () 2º Grau Incompleto

() 3º Grau () 3º Grau Incompleto () Especialização

() Mestrado () Doutorado

4 – Situação Profissional:

Profissão: _____

Ocupação: _____

Remuneração: () 1 S.M. () 2 a 4 S.M. () 4 a 6 S.M.

() 6 a 8 S.M. () Mais de 8 S.M.

Está desempregado? () Não () Sim. Há quanto tempo? _____

Encontra-se em auxílio-doença? () Não () Sim. Há quanto tempo? _____

Motivo: _____

Está aposentado? () Não () Sim. Há quanto tempo? _____

A aposentadoria é por: () Tempo De Serviço () Invalidez

5 - Composição Familiar:

Profissão do cônjuge: _____

Idade do cônjuge: _____

Nº de Filhos: () Vivos. () Falecidos

Nº de Irmãos: () Vivos. () Falecidos

Com Quem Convive? (Parentesco): _____

Renda Familiar: () Sem Rendimento () Recebe Ajuda () 1 S.M.

() 2 a 4 S.M. () 4 a 6 S.M. () Mais de 7 S.M.

6 - Situação Habitacional:

Tempo de Residência no Município:

() Até 1 Ano () De 1 a 3 Anos () De 3 a 7 Anos () Mais de 7 Anos

Forma de Ocupação:

() Própria () Cedida () Alugada () Posse () Sem Moradia

Característica do Imóvel:

() Alvenaria () Apartamento () Madeira () Mista

() Barraco () Porão () Rua

Abastecimento de Água:

() Rede Geral () Poço () Fonte () Cedida

Energia Elétrica:

() Padrão (relógio) () Rabicho () Vela () Não Tem

Recursos Comunitários Próximos à Residência:

() Hospital () Posto da Saúde () Escola/Creche () Posto Policial

() Centro Comunitário () Quadra de Esportes () Transporte Coletivo

() Igreja () Super Mercado () Farmácia () Clube () Praça

O Posto de Saúde Oferece Atendimento Psiquiátrico?

Sim Não Não Sabe

O Posto de Saúde Fornece Medicação Psiquiátrica?

Sim Não Não Sabe

7 – Religião ou Seita:

Católica Evangélica Umbanda Espírita

Outra. Qual?

8 – Possui Habilidades Manuais/Artísticas/Esportivas?

Crochê Tricô Pintura Argila Música

Artesanato Teatro Vôlei Futebol Basquete

Dança

9 – Dados Sobre Internação Psiquiátrica:

É a 1ª Internação Psiquiátrica? Sim Não Data da 1ª: / /

Nº de Internações: Data da Última: / /

Local: Rio Maina Instituto de Psiquiatria – IPQ

Belvedere Unidade de Psiquiatria – Hospital Caridade

Outros. Quais?

10 – Dados Sobre o Tratamento Psiquiátrico:

Consulta com Psiquiatra:

Antes de Acabar a Medicação Depois de Acabar a Medicação

Quando Sente Piora de Quadro

Ao Receber Alta Hospitalar, Continua Com o Tratamento Psiquiátrico?

Sim Não. Por Quê?

Na Ausência de Serviços Psiquiátricos E/Ou Psiquiatra na Cidade Onde Mora,
Procura Atendimento:

- Na Cidade Mais Próxima
- Consulta com Médico Clínico de Posto de Saúde
- Faz Parte Do PSF (Programa Saúde da Família)
- Não Busca Ajuda

Após a Alta Hospitalar, Quem Cuida do Paciente em Casa?

- Mãe Pai Irmãos Tios
- Vizinhos Amigos Outros. Quem?

11 – Dados Sobre Medicação Psiquiátrica:

Qual a Medicação Que Está Tomando?

Deixou de Tomar a Medicação?

- Não Sim. Por Quê?

Como Adquire a Medicação:

- Compra na Farmácia Posto de Saúde Outro. Qual?

12 – Motivo Desta Internação:

- Insônia Tristeza Desânimo Choro
- Falta de Apetite Descuido com a Higiene Pessoal
- Ansiedade Risco de Suicídio Tentativa de Suicídio
- Pensamento Desorganizado Falante Isolamento
- Gastos Exagerados Desconfiança
- Alucinações Auditivas (Ouve Vozes/ Fala sozinho)
- Alucinações Visuais (Vê Imagens)
- Conflitos Familiares. Quais?
- Outros. Quais?

13 – Na Família Tem Casos de Doença Mental?

Não Sim. Parentesco (Materno/Paterno): _____

14 – Como é a Convivência Familiar? (Conflitos)

15 – Doenças Clínicas:

Problema do Coração Problema Renal Diabetes

Hipertensão Tireóide Labirintite Bronquite

Epilepsia

Já Realizou Cirurgias? Não Sim. Quando? ^{2015/16} _____

Quais? _____

Faz Uso de Medicamentos Clínicos? Não Sim. Quais? _____

16 – Faz Uso de Bebida Alcoólica?

Não Sim. Qual? _____

Diariamente Final de Semana

17 – Atualmente Faz Uso de Outras Drogas, Além do Álcool?

Não Sim. Qual? _____

No Passado, Já Usou Drogas?

Não Sim. Qual? _____

18 – É Fumante?

Não Sim

19 – Dados Complementares:
